THESIS MUNICH 1966

PSYCHISCHE FAKTOREN BEI PYLORUSNAHEM UND FUNDUSNAHEM ULCUS VENTRICULI IM LICHTE EINER TRIEBEXPERIMENTELLEN REIHENUNTERSUCHUNG MIT DEM SZONDI-TEST

Jürgen Riemer

LANE MEDICAL LIBRAR
STANFORD UNIVERSIT
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. W. Seitz

PSYCHISCHE FAKTOREN BEI PYLORUSNAHEM UND FUNDUSNAHEM ULCUS VENTRICULI IM LICHTE EINER TRIEBEXPERIMENTELLEN REIHENUNTERSUCHUNG MIT DEM SZONDI-TEST

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Jürgen Riemer

aus Hannover

München 1966

A. Schubert, München 5, Corneliusstr. 21 • Telefon 22 17 77

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. W. SEITZ
Dekan: Prof. Dr. R. ZENKER

Tag der mündlichen Prüfung: 12. 7. 1966

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG 5

1. Der SZONDI-Test und seine Bedeutung für die Psychosomatische Medizin 5

2. Die psychosomatische Problematik der Ulkus-Krankheit 8

B. HAUPTTEIL 15

1. Beschreibung der Versuchsanordnung einer an 44 Patienten mit pylorusnahem und fundusnahem Ulcus ventriculi durchgeführten SZONDI-Test-Untersuchung sowie der zur Auswertung angewandten Technik 15

2. Interpretation der Testresultate aus faktorieller und vektorieller Gesamtbilanz 16

C. ZUSAMMENFASSUNG 30

D. ANHANG 31

E. LITERATURANGABEN 40

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153305_0108

A. EINLEITUNG

1. DER SZONDI-TEST UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

Unser Wissen um die Einflüsse psychologischer Faktoren auf die Funktionen unseres Körpers und ihre Störungen wird umso gesicherter und umfassender sein, je höhere Anforderungen an die Methodik in der Psychosomatischen Medizin gestellt werden. Daher sollten die gleichen erkenntnistheoretischen Prinzipien, wie sie zur Klärung kausaler Zusammenhänge in den Naturwissenschaften schon lange angewendet werden, auch in der psychosomatischen Forschung gelten. Bei der Übernahme einer Methodik, die sich bisher für die Probleme der Naturwissenschaften bewährte, auf die Forschungsinhalte der Psychosomatik ergeben sich natürlich Schwierigkeiten. Denn eine menschliche Persönlichkeit kann in der Regel nicht in der gleichen Weise exakt und objektiv bestimmt werden wie irgendein Laborbefund.

Mit der von L.SZONDI entwickelten "Experimentellen Triebdiagnostik" (28) liegt uns ein Testverfahren vor, dessen Brauchbarkeit für eine hinreichend exakte und objektive tiefenpsychologische Untersuchung von den Forschern bejaht wird, die unter Hintanstellung der dem Verfahren zugrunde liegenden Theorie pragmatische Erfahrungen mit ihm gesammelt haben. Der Test ist auf dem Fundament der sehr umfangreichen Gesamtlehre SZONDIs entwickelt worden, in der die umstrittene erbbiologische Theorie vom "Genotropismus" die Hauptrolle einnimmt. Dennoch ist die praktische Verwendbarkeit des Testes nicht von dieser Theorie abhängig. Denn SZONDI hat die Bestandteile seines Testinstrumentes, die Bilder, in einem mühseligen, rein e m p i r i s c h ausgerichteten Verfahren auf Personen, deren Triebstruktur bekannt war, geeicht (14). Unbeschadet der Frage nach der Verifizierbarkeit der erbbiologischen Thesen haben umfangreiche empirische Überprüfungen mittels der Methoden der Statistik, der Syndromanalyse und der Blinddiagnose die Validität und die Brauchbarkeit der "Experimentellen Triebdiagnostik" erwiesen (26, 22). Als Beispiel sei der Blinddiagnosenversuch von U.MOSER angeführt (20): von insgesamt 40 meist psychiatrischen Fällen ergibt sich ein Prozentsatz richtiger Diagnosen von 86.

Im Mittelpunkt des SZONDI-Testes stehen einfache, unmittelbare Wahlhandlungen. Die Vpn. wird aufgefordert, aus insgesamt 48 Photographien (gleich 6 Serien mit je 8 Bildern) die "sympathischsten" und die "unsympa-

thischsten" auszuwählen. Die Photographien stellen Individuen dar, die an manifesten sexuellen oder psychotischen Krankheiten leiden und deren Krankheitsgeschichte und klinische Diagnose genau bekannt sind. In jeder Serie befinden sich ein Homosexueller, ein Sadist, ein Epileptiker, ein Hysteriker, ein Katatoniker, ein Paranoiker, ein Depressiver und ein Maniker.

Dem Test liegen Beobachtungen zugrunde, daß z.B. homosexuelle Männer mit weitaus größerer Häufigkeit als geschlechtlich normale Personen die Homosexuellenbilder als die sympathischsten, die Mörderbilder dagegen als die unsympathischsten auswählen. Um dies Phänomen zu klären, forderte SZONDI seine Probanden auf, assoziativ Einfälle zu den abgebildeten Personen zu liefern (29). Dabei zeigte sich, daß die Homosexuellenbilder mit großer Regelmäßigkeit Vorstellungen aus der Welt der Homosexualität herbeiführen, Mörderbilder dagegen in den Gedankenkreis von Sadismus und Aggression leiten. Aus dieser spezifischen Assoziationswirkung der Bilder schloß SZONDI, daß die auf der Photographie dargestellte Person einen bestimmten, jedem Menschen eigenen Spannungszustand verschiedener Größe anspricht, der aus der Stauung gewisser Triebbedürfnisse resultiert. Jedes der Testbilder besitzt nach SZONDI einen spezifischen Aufforderungscharakter und führt die Vpn. in einen bestimmten Bedürfniskreis (30). Fordert man einen Probanden auf, aus einer vorgelegten Zahl von Bildern die sympathischsten und die unsympathischsten auszuwählen, so wird er von denjenigen am stärksten angesprochen, in deren Bedürfnisbereich gegenwärtig die größte Stauung herrscht. Er wählt also die meisten Bilder des Bedürfnisses als sympathisch oder antipathisch, das er aktuell am wenigsten befriedigen kann. Die Anzahl der gewählten Bilder ist ein Maß für die Spannung der gestauten Triebenergie. Die Wahlrichtung in Bezug auf Sympathie und Antipathie ist abhängig von der unbewußten Stellungnahme der Vpn. zu dem dem Bilde entsprechenden Bedürfniskreis. Eine unbewußte Bejahung des Bedürfnisses erscheint im Test als positive, eine Verneinung bzw. Verdrängung als negative Wahlreaktion. Die Bilder desjenigen Triebfaktors, der konstitutionell schwach ist oder nativ befriedigt werden kann, werden dagegen wenig oder gar nicht gewählt (Null-Reaktion). Ein Epileptiker liefert z.B. vor dem Anfall als Ausdruck seiner gestauten Aggressionen eine negative e-Reaktion, im postparoxysmalen Zustand dagegen eine Null-Reaktion im Faktor e. Die Nicht-Wahl von Bildern bestimmter Triebfaktoren weist also auf deren Befriedigung, die Vollwahl auf deren Spannungsvermehrung hin.

Als Arbeitshypothese postuliert SZONDI 8 spezifische Triebradikale, die "Triebfaktoren", von denen je 2 einem gemeinsamen "Triebvektor" angehören. Jeder Faktor hat eine bipolare Natur. Z.B. resultiert der Faktor h aus einem Antagonismus der Tendenz zur sinnlichen Zärtlichkeit, zur Personenliebe (+h) und der ihr entgegengesetzten Tendenz zur idealistischen kollektiven Menschheitsliebe (-h).

Das Triebsystem SZONDIs, bestehend aus 4 Triebvektoren, 8 Triebfaktoren und 16 Triebtendenzen, stellt sich kurz wie folgt dar:

Im Sexual-Vektor steht das Bedürfnis nach persönlicher oder kollektiver Zärtlichkeit (h), sowie nach Aktivität-Passivität (s) im Vordergrund. Das Sexualbedürfnis kann in persönlicher Form (h+ ; s+), oder aber in der kulturellen Form einer kollektiven Menschheitsliebe (h- ; s-) befriedigt werden. Pathologische Formen sind Homosexualität und Sadomasochismus.

Der Paroxysmal-Vektor umfaßt die Tendenz, grobe Affekte wie Wut, Haß, Zorn, Rache und Eifersucht aufzustauen (-e), sowie die Neigung zur Güte und Toleranz (+e). Der "genuine" Epileptiker staut die groben Affekte in hohem Maße auf und entlädt sie im Anfall. Der Paroxysmal-Vektor umfaßt ferner die Tendenz, sich exhibitionistisch zur Schau zu tragen (+hy), wie sie in übersteigerter Form in der Hysterie zum Ausdruck kommt, sowie die entgegengesetzte Tendenz des schamhaften Sich-Versteckens (-hy).

Der Ich-Vektor wird von den beiden Faktoren der Ich-Einengung (k) und der Ich-Ausdehnung (p) bestimmt. Zum ersteren gehören die Tendenzen zur Einverleibung, zur Bildung von Objekt- und Besitzidealen (+k) und zur Verneinung, zum Verzichten, zur Verdrängung und Entwertung (-k). Faktor p besteht aus der Tendenz zur Bewußtmachung und zur Bildung von Ich-Idealen (+p) und der Tendenz zur Projektion, zur Hinausverlegung unbewußter Regungen in die Außenwelt. Pathologische Übersteigerungen der Ich-Ausdehnung sieht SZONDI im Paranoid, der Ich-Einengung in der Katatonie.

Der Kontakt-Kreis umfaßt die Fähigkeiten des Bindens (+m) und des Lösens (-m), des Verharrens (-d) und des Veränderns (+d). Die Kontaktfähigkeit ist bei den zikulären Erkrankungen vollständig gestört. Bei der Manie ist der Loslösungsdrang, bei der Depression der Drang zum Suchen pathologisch gesteigert.

Wie alle tiefenpsychologisch orientierten Testmethoden gehört das SZONDI-Verfahren zu den projektiven Tests, läßt aber nicht wie diese Vorstellungsinhalte und Triebobjekte erkennen, sondern macht die unbewußten Triebkräfte, ihre Richtung und ihre Durchschlagskraft, sichtbar. Es deckt tiefenpsychologische Konfliktsituationen auf und leistet bis zu einem bestimmten Grade einen Beitrag zur Klärung ätiologischer Momente und pathogenetischer Gesetzmäßigkeiten von Psychosen, Neurosen und Konversionskrankheiten. Hier liegt der Wert des Testes für die Psychosomatische Medizin. Denn diese darf sich nicht in der Beschreibung einer bloßen Parallelität von psychischen Faktoren und organischer Krankheit erschöpfen. Sie muß vielmehr bemüht sein, möglichst alle Glieder einer Kausalkette von der primären psychogenen Störung bis zur vegetativen Fehlsteuerung und sekundären Gewebsschädigung lückenlos aufzuklären, um damit neue Ansätze für eine ätiologische Therapie zu liefern. Daß der SZONDI-Test im Dienste der

Psychosomatik viel leisten kann, ist bisher durch mehrere Arbeiten bewiesen worden (21, 18, 23, 4). Als Beispiel diene eine Arbeit von M. KELLNER über "Psychische Faktoren bei Diabetes mellitus im Lichte des SZONDI-Testes" (17). An Hand von 40 Patienten, die wegen Diabetes mellitus in Behandlung standen, kam der Autor zu folgenden Ergebnissen:

1.) Bei 90 % der Untersuchten fanden sich Anzeichen einer tiefen oralen Regression, bzw. einer auslösenden oralen Versagung.
2.) Bei 70 % der Untersuchten war gleichzeitig eine paranoid-depressive Grundstruktur nachzuweisen.

Mit Hilfe des SZONDI-Testes konnten so die von den meisten Voruntersuchern vertretenen psychosomatischen Theorien über die Ätiologie des Diabetes mellitus bestätigt werden.

2. DIE PSYCHOSOMATISCHE PROBLEMATIK DER ULKUS-KRANKHEIT

Die Ulkus-Krankheit ist ein Leiden mit charakteristischen Beschwerden und Symptomen, das zur Geschwürsbildung in Magen und Duodenum führt. Die klinische Forschung hat sich lange und intensiv um die Lösung der ätiologischen und pathogenetischen Probleme der Ulkus-Krankheit bemüht und eine Reihe von Theorien zum besseren Verständnis ihrer Entstehungsbedingungen aufgestellt. Die rein naturwissenschaftlich orientierten Theorien vermögen zwar Fragen der speziellen Pathogenese zu beantworten, zur Klärung der eigentlichen Ätiologie aber nur wenig beizutragen. Faktoren, die das komplizierte pathophysiologische Geschehen in Gang setzen, bleiben in diesen Theorien unberücksichtigt. Die rein naturwissenschaftlich-klinische Forschung kann die Wurzeln der Ulkus-Krankheit nicht aufdecken. Faktoren wie z.B. Art und Zubereitung der Nahrung, Tabakgenuß und Fokalinfektionen können zwar den Verlauf der Krankheit beeinflussen, kommen aber als ätiologische Momente nicht in Frage. Verbrennungen, Vergiftungen, äußere Gewalteinwirkungen und Durchblutungsstörungen können zwar Erosionen und Ulzerationen entstehen lassen. Die Ähnlichkeit mit der Ulkus-Krankheit im engeren Sinne erstreckt sich aber weder auf das morphologische Substrat, noch auf die klinischen Symptome und Beschwerden. Da also die naturwissenschaftliche Forschungsrichtung allein eine ätiologische Klärung der Ulkus-Krankheit nicht herbeiführen kann, müssen neue Wege beschritten werden. Hier kann die psychosomatische Betrachtungsweise mit der Einbeziehung der Persönlichkeit in den Kreis der ätiologischen Forschung neue Ansätze zum Verständnis der Entstehungsbedingungen liefern.

Die Erforschung psychologischer Faktoren bei der Ulkus-Krankheit hat bisher ein sehr umfangreiches Ergebnismaterial geliefert. Eine richtige Beurteilung dieser Ergebnisse muß ihre Verschiedenwertigkeit berücksichtigen, da sie je nach der Fragestellung des Untersuchers mit unterschiedlicher Methodik gewonnen sind und daher eine meist nur bedingte Aussagekraft besitzen.

Seit alters hat sich eine phänomenologische Persönlichkeitslehre in der Medizin darum bemüht, bestimmte Persönlichkeitstypen mit gewissen Krankheitsbildern zu korrelieren. Im Sinne einer Annahme von psychogenen Kausalfaktoren hatte man die Vorstellung einer Prädisposition von Persönlichkeitszügen zu bestimmten Krankheiten. Andererseits wußte man schon lange, daß besondere Leiden bei Menschen von bestimmtem physischem Habitus gehäuft auftreten, daß z.B. Menschen von asthenischem Konstitutionstyp stärker zur Tuberkulose neigen als andere. Die Korrelation von Persönlichkeitszügen zu bestimmten Leiden brauchte also nicht unbedingt in einem direkt-kausalen Zusammenhang gesehen zu werden, sondern beide Phänomene konnten nebeneinander als Wirkungen einer gemeinsamen Ursache, einer besonderen erblichen körperlich-seelischen Konstitutionsform aufgefaßt werden. Schon 1884 nimmt EWALD (8) eine allgemeine nervös-seelische Abartigkeit ("Neurasthenie") als Ursache für dyspeptische Störungen an, während DREYFUS (6) eine Neigung zu depressiven Zuständen mit Magen-Darm-Störungen korreliert. Von BERGMANN (3) ist der erste, der 1913 die Behauptung aufstellt, daß Magengeschwüre wahrscheinlich aus einer "chronischen Magenneurose" entstehen, die durch emotionale Faktoren ausgelöst wird. Ein bisher unbekannter kausaler Ablauf wird jetzt zum ersten Mal gesehen: die Funktionsstörung ist nicht mehr Folge einer Strukturveränderung, sondern ihre Ursache. Die psychogenen organischen Störungen entwickeln sich also in zwei Phasen: eine chronische emotionale Störung führt zu einer funktionellen Störung eines vegetativen Organs; diese bewirkt dann die typischen Gewebsveränderungen einer organischen Krankheit. Psychische Einflüsse können also zunächst Funktionsstörungen und dann anatomisch faßbare organische Schäden am Magen-Darm-Trakt bedingen. ALVAREZ (2) glaubt 1932, der Typ des aktiven, erfolgreichen jüdischen Geschäftsmannes sei besonders disponiert für die Ulkus-Krankheit. HARTMANN (13) schildert 1933 den Ulkusträger als Menschen, der sich getrieben fühlt, Hindernisse mit allen seinen Kräften zu überwinden. MOSCHCOWITZ (19) nennt ihn 1946 intolerant, geistig unelastisch und grollerfüllt, HALLSTEDT (12) 1947 ehrgeizig, erfolgsgierig, häufig unruhig und selbstgerecht. HOLLMANN (15) sieht 1940 den charakteristischsten Wesenszug der meisten Ulkus-Kranken in einem unersättlichen Ehrgeiz, den er lieber als Ehrgier bezeichnen möchte. Denn es handele sich weniger um ein Behaltenwollen ("retentiver Typ" nach SCHULTZ-HENCKE), als vielmehr um ein Erwerbenwollen von Besitz, von Anerkennung und Geltung ("kaptativer Typ"). Diese Ehrgier sei nicht

auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, das die jeweilige Lebenssituation abstecke. Der Ulkus-Kranke wolle mehr leisten als die Umgebung von ihm fordere, auch wenn er es selbst nicht leisten könne. "Wenn ihm die Aufgaben nicht genügen, die ihm die Umwelt stellt, so macht sich mancher Ulkus-Kranke diese schwieriger. Manche einfachen Aufgaben werden dadurch für ihn undurchsichtige und verworrene Problemknäuel".

Es ist eine alte klinische Erfahrung, daß Ulkusschübe oft im Anschluß an "starke seelische Belastungen" auftreten. Eine systematische Untersuchung der Lebensgeschichten von Ulkus-Kranken haben DAVIES und WILSON (5) 1937 angestellt und gefunden, daß die überwiegende Mehrzhal (84 %) vor dem ersten Auftreten der Symptome einen "emotional stress" erfahren haben. Darunter ist eine seelische Belastung zu verstehen, etwa berufliche Mißerfolge, ein Arbeitsplatzwechsel oder eine Gefährdung der materiellen Sicherheit und Unabhängigkeit. Auf die wichtige Bedeutung dieser "Versuchungs- und Versagungssituationen" (FREUD) für das Verständnis der neurotischen Symptomatik hat besonders SCHULTZ-HENCKE hingewiesen. Es handelt sich dabei um bestimmte Lebenskonstellationen -äußere Konflikte und Belastungen-, die nicht ursächlich im streng kausalen Sinne für das Auftreten einer psychogenen Symptomatik sind, sondern eine auslösende Funktion besitzen. Voraussetzung dazu ist eine spezifisch-neurotische Persönlichkeitsstruktur, die im Zusammenstoß mit einer spezifischen Auslöserfunktion im Sinne einer Erkrankung reagiert (Interaktion). Diese Versuchungs- und Versagungssituationen haben dabei keinen beliebigen Charakter. Es sind vielmehr festumrissene Momente, die jeweils einer spezifischen neurotischen Struktur sinnhaft zugeordnet werden können.

Mit Hilfe von eingehenden Explorationen hat GLATZEL (10) 1945 die Persönlichkeit von 50 unausgelesenen Kranken mit pylorusnahem Magengeschwür oder Duodenalgeschwür untersucht. Dabei zeigt sich, daß ein Magengeschwür immer und nur dann entsteht, wenn Menschen einer bestimmten Wesensart in bestimmte, grundsätzlich immer gleiche Konfliktsituationen geraten. GLATZEL ordnet die "Ulkusmenschen" dem großen Kreis der Schizothymen im Sinne KRETSCHMERs zu und findet als spezifisch kennzeichnende Wesenszüge eine Labilität und Disharmonie des Charakters, aus der eine Schwäche, Hemmung und Unsicherheit im Natürlich-Triebhaften resultieren. Die Ulkus-Kranken wollen mehr als sie können, starkes Geltungsstreben und ein ausgeprägter Ehrgeiz zeichnen sie aus, doch im Gegensatz dazu ist ihr Selbstgefühl schwach und schwankend. Sie sind daher leicht empfindlich und verletzbar und zeigen die Tendenz, Kummer, Ärger und Verstimmungen nicht auszutragen, sondern unverarbeitet in sich zu verschließen. GLATZEL hat auch festgestellt, daß diese für das Ulkus charakteristischen Wesenszüge schon vor dem Auftreten eines Ulkus nachzuweisen sind, also schon die prämorbide

Persönlichkeit auszeichnen - ein Beweis, daß sie nicht etwa nur Folge einer Ulkuserkrankung sind, sondern daß ihnen eine konditionale Rolle bei der Ulkusentstehung zukommt. Die entscheidende Konfliktsituation sieht GLATZEL in dem Erlebnis eines chronischen Gehemmtwerdens, das in vielerlei Formen von den Kranken erlebt wird: in einer Versagung von gebührender Anerkennung für die Leistung und den Persönlichkeitswert, auf den man Anspruch zu haben glaubt; in äußeren Hemmnissen, die die berufliche Karriere zu unterbrechen drohen; in Situationen, wo die Umwelt Anforderungen stellt oder zu Verhaltensweisen zwingt, die der Kranke innerlich ablehnt.

Indessen ist der Aussagewert dieser Arbeit dadurch begrenzt, daß der Autor seine Fragestellung auf die Erlebnis i n h a l t e , die Randkonflikte (SZONDI) der Person einschränkt. Die Gegenüberstellung einer besonders häufig gefundenen Persönlichkeitsstruktur und charakteristischen Konfliktsituationen auf der einen Seite, und eine große Ulkusmorbidität auf der anderen Seite darf daher nur als statistisch begründete psycho-physische Parallelität gewertet werden. Erst die Einbeziehung der "die Randdilemmen verarbeitenden Mitte der Person" (SZONDI) in den Kreis der Untersuchungen, wie sie SCHWIDDER auf psycho-analytischem Wege vornimmt, vermag die Psychodynamik der Konflikt v e r a r b e i t u n g durch das Ich und die Dynamik der unbewußten Affekte aufzudecken. Da wahrscheinlich besonders letztere wegen ihrer Beziehungen zum Vegetativum die psychosomatische Symptombildung induzieren, hat die Erkennung einer spezifischen Psychodynamik eine entscheidende Bedeutung für die Pathogenese der Ulkus-Krankheit.

SCHWIDDER (24) findet in einer tiefenpsychologisch orientierten Untersuchung, die besonders die seelische Entwicklung der frühen Kindheit berücksichtigt, durchgängig innere Konflikte, die das Besitzstreben betreffen, und zwar in dem weiten Sinn von der frühkindlichen Eß- und Trinklust bis zum allgemeinen Habenwollen der Erwachsenen. In seltsamem Kontrast zur bewußt bescheidenen und asketischen Haltung seiner Ulkus-Kranken findet er mühsam unterdrückte Lebenshungrigkeit, Eß- und Besitzwünsche. Diese zwiespältige Einstellung zum aktiven Habenwollen glaubt SCHWIDDER bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen zu können. Frühkindliche Versagungen und Enttäuschungen führen zu einer Einengung der autonomen Tendenzen zum aktiven Habenwollen, und die Fähigkeit zur adäquaten Durchsetzung dieser Wünsche wird nie erworben. Andererseits findet der Ulkus-Kranke sich mit seiner Situation nicht ab. Die totale Verdrängung seiner Wünsche scheint nicht zu gelingen, wie es für die neurotische Fehlentwicklung des Depressiven typisch ist. Daher bleibt der Ulkus-Kranke in ständiger Ambivalenz, und nicht mehr bewußte, aber im Hintergrund wirksame Sprengstücke seiner habgierigen Wünsche führen zu einem ständigen Spannungs- und Beunruhigungszustand. Diesem zwiespältigen Zustand versuchen die späteren Magenkranken

auf zweierlei Weise zu entfliehen:

a.) durch Ideologisierung ihrer Unfähigkeit zum aktiven Habenwollen im Sinne einer bewußt bescheidenen und anspruchslosen Haltung, wobei gleichzeitig ihre Beziehungen zur Umwelt durch Ungeduld, Neid auf bessere soziale Stellung und Ressentiments gekennzeichnet sind und

b.) durch den Ersatz ihrer Entbehrungszustände durch überkompensatorischen Leistungswillen und Aufopferungsbereitschaft. Kennzeichnend für diese neurotische Überkompensation ist ihre Unfähigkeit, die Früchte ihrer Arbeit passiv zu genießen, und dementsprechend fallen ihr unbändiger Ehrgeiz und rastloser Arbeitswille aus dem Rahmen eines normalen Leistungsstrebens.

Ihrer mimosenhaften Empfindlichkeit entspricht die Unfähigkeit zu adäquaten motorisch-aggressiven Reaktionen, die "verminderte Ausdrucksfähigkeit" (GLATZEL). Ulkus-Kranke erleben zwar oft in überreichlichem Maße Affekte wie Wut, Haß und Ressentiments gegen Menschen, denen es anscheinend besser geht als ihnen selbst, sowie Ärger über Widrigkeiten des alltäglichen Lebens, die ihren Expansionsbestrebungen entgegenstehen. Diese emotionalen Reaktionen werden aber nicht offen ausgelegt, sondern eher ängstlich vor der Umwelt geheimgehalten. Der Ulkus-Kranke "schluckt seinen Ärger herunter" oder "frißt ihn in sich hinein".

Ähnlich wie SCHWIDDER stellt ALEXANDER (1) fest, daß der innere Kern und die äußere Fassade der Persönlichkeit seiner tiefenpsychologisch untersuchten Ulkus-Kranken einander oft völlig entgegengesetzt sind. Das Charakteristikum für dieses Leiden sieht er in einer typischen Konfliktsituation, die sich allerdings in verschiedenen Persönlichkeiten entwickeln kann. In seinem Persönlichkeitskern will der Kranke in der abhängigen infantilen Situation verbleiben, will auf mütterliche Weise geliebt werden und wie das Kind an der Mutterbrust genährt und beschützt werden. Diese Tendenzen haben in der frühen Kindheit Versagungen erlitten und bleiben daher bis ins Erwachsenenalter lebendig. Aber sie werden verworfen vom bewußten erwachsenen Ich, das auf sein Leistungsstreben und seine Selbstgenügsamkeit stolz sein möchte. Die Reaktion auf diese starken, aber unbewußten Abhängigkeits- und Anlehnungsbedürfnisse bestehen nun meist in einer übertrieben aggressiven, ehrgeizigen und unabhängigen Haltung. Diese Reaktion kann als Überkompensation verstanden werden, ohne daß freilich übertriebener Ehrgeiz und unnötige Übernahme aller möglichen Pflichten die unbewußte Sehnsucht nach Geborgenheit erfüllen können, die von jeder Verantwortung befreit. Der Lebenshunger und der Ehrgeiz des Ulkus-Kranken bekämpfen also die Versagung liebefordernder Sehnsüchte, die aus infantilen Quellen der oral-rezeptiven Phase gespeist werden und nicht überwunden werden konnten. ALEXANDER weist darauf hin, daß nicht alle Ulkus-Kranken ihre Abhängigkeitsbedürfnisse durch ehrgeizige Tätigkeiten zu kompensieren versuchen, sondern daß manche auch äußerlich

anlehnungsbedürftig und fordernd sind. Nicht so sehr einen Persönlichkeitstyp beschreibt er daher als charakteristisch für die Ulkus-Krankheit, sondern sieht den Kernfaktor ihrer Pathogenese in der Versagung anlehnungsbedürftiger Sehnsüchte. Wie ALEXANDER schließen KAPP, ROSENBAUM und ROMANO (16) aus einer psychodynamischen Untersuchung 20 männlicher Ulkus-Patienten, daß die Konfliktsituation aller Kranken ähnlich ist, "die resultierende Fassade der Persönlichkeit jedoch von übertriebener Unabhängigkeit bis zu parasitärer Abhängigkeit variieren kann".

Eine psychoanalytisch orientierte Theorie des Magen- und Duodenalgeschwürs hat GARMA (9) aus der Schule von MELANIE KLEIN aufgestellt. Der Säugling erlebt als erste Objekte der Außenwelt Mutterbrust, Mutter und Nahrung und verbindet alle seine Empfindungen mit seiner Nahrung, auch wenn sie nichts mit der Mutter zu tun haben. Diese Empfindungen hinterlassen je nach der Güte oder Ungüte der Mutter oder anderer äußerer Umstände den psychischen Eindruck eines "guten oder bösen inneren Objektes". Beide Bilder bestehen im Unbewußten des Kindes und des Erwachsenen, wobei die psychische Intensität des einen oder des anderen Bildes von der frühen Kindheit und der weiteren Entwicklung abhängt. Kann nun ein Erwachsener seine Konflikte nicht lösen, da er unbewußt in der psychischen Haltung der Kindheit verharrt, werden alle die schmerzlichen Erlebnisse aus der frühen Kindheit aktiviert und die unbewußten Bilder des "bösen inneren Objektes" verstärkt. Da er in einer oralen Regression lebt, verlagern sich diese Aggressionen mit Vorliebe auf die Verdauungsorgane und können zu Störungen bis zur Bildung von Geschwüren führen.

Diese Arbeit unternimmt den Versuch, mit Hilfe des SZONDI-Testes zu prüfen, ob die geschilderten Ergebnisse bestätigt werden können. Insbesondere versucht sie folgende Fragen soweit wie möglich zu beantworten:

1.) Lassen sich bei Ulkus-Patienten mit überdurchschnittlicher Häufigkeit charakterliche Besonderheiten wie das von vielen Untersuchern geschilderte übertriebene Leistungsstreben nachweisen?

2.) Handelt es sich bei diesen Besonderheiten um die Folgen neurotischer Konfliktsituationen, insbesondere einer neurotischen Verarbeitung von Triebkonflikten?

3.) Wenn ja, sind diese Triebkonflikte homogener oder heterogener Natur?

4.) Läßt sich eine spezifische neurotische Fehlverarbeitung der konfliktuösen "Randdilemmen" durch das Ich nachweisen?

5.) Besteht ein spezifischer Affektabwehrmechanismus, aus dem eine besondere vegetative Fehlsteuerung resultieren könnte?

6.) Lassen sich Anzeichen zur Klärung der Frage finden, warum bei der Ulkus-Krankheit der Magen, bzw. der Zwölffingerdarm als Lokalisation einer vegetativen Fehlsteuerung bevorzugt werden?

7.) Sind die Triebkonflikte und ihre Verarbeitung durch das Ich hinsichtlich der Lokalisation des Geschwürs im fundusnahen Teil des Magens, bzw. in seinem pylorusnahen Bereich und im Duodenum einheitlicher Natur?

B. HAUPTTEIL

1. BESCHREIBUNG DER VERSUCHSANORDNUNG EINER AN 44 PATIENTEN MIT MAGEN- ODER ZWÖLFFINGERDARMGESCHWÜR DURCHGEFÜHRTEN SZONDI-TEST-UNTERSUCHUNG SOWIE DER ZUR AUSWERTUNG ANGEWANDTEN TECHNIK

Es wurden insgesamt 44 Patienten, 29 Männer und 15 Frauen, getestet, die wegen eines floriden Ulkus ventriculi oder Ulkus duodeni in den Inneren Abteilungen verschiedener Münchner Krankenanstalten stationär behandelt wurden. Bei der Auswahl der Patienten wurde als einziges Kriterium der röntgenologische Nachweis eines Geschwürs im Magen- oder Zwölffingerdarmbereich verlangt, das zu den charakteristischen Ulkus-Beschwerden führt. Das Alter der Patienten lag zwischen 21 und 70 Jahren. Von 6 Patienten konnten nur je 8 Einzeltests abgenommen werden, während bei den übrigen 38 die vollständigen Zehnerserien vorliegen. Es ergeben sich somit insgesamt 428 Einzelteste.

Für die Interpretation der Testresultate wurde eine quantitative Kollektivauswertung durchgeführt, bei der der prozentuale Anteil der verschiedenen faktoriellen und vektoriellen Reaktionen an deren Gesamtzahl in vergleichende Beziehung mit den von SZONDI angegebenen Durchschnittsziffern (27) gesetzt und ihre Abweichung von diesen berechnet wurde. (Die Vergleichszahlen sind von SZONDI an einer großen Anzahl von "normalen" Personen ermittelt worden und entsprechen jeweils einer Normalgruppe derselben Altersverteilung wie die zu vergleichende Patientengruppe. Geschlechtsspezifische Vergleichszahlen liegen nicht vor.) Der kollektiven Auswertung wurde vor der Methode der Einzelauswertungen deshalb der Vorzug gegeben, weil nur sie imstande ist, einen für die Ulkus-Krankheit g e m e i n s a m e n p s y c h o d y n a m i s c h e n Nenner in den Konfliktstoffen und deren Verarbeitung nachzuweisen, wie er von den meisten Voruntersuchern angenommen wird. Die Globalauswertung ist aber nicht imstande, etwaige h e t e r o g e n e psychische Faktoren zu ermitteln, da sich die entsprechenden Testzeichen bei summarischer Auszählung zumindest teilweise gegenseitig aufheben. Der Nachteil einer Beschränkung auf die kollektive Auswertung liegt daher in der Unmöglichkeit, bei normalem quantitativen Befund eine Entscheidung darüber zu treffen, ob die psychischen Faktoren heterogen sind oder überhaupt fehlen.

Bei der Auswertung der kollektiven f a k t o r i e l l e n Testresultate wurden die Patienten entsprechend den besonderen Fragestellungen in 3 Arbeitsgängen in verschiedene Gruppen eingeteilt:

Tab. I a: Einteilung nach dem Alter ohne Berücksichtigung des Geschlechts

und der Geschwürslokalisation in die 2 Gruppen der 21-40-jährigen (17 Patienten = 166 Reaktionen) und der 41-70-jährigen (27 Patienten = 262 Reaktionen).

Tab. Ib: Einteilung nach dem Alter und dem Geschlecht ohne Berücksichtigung der Geschwürslokalisation in die 4 Gruppen der 21-40-jährigen männlichen (12 Patienten = 116 Reaktionen), der 41-67-jährigen männlichen (17 Patienten = 162 Reaktionen), der 21-40-jährigen weiblichen (5 Patienten = 50 Reaktionen) und der 41-70-jährigen weiblichen (10 Patienten = 100 Reaktionen) Patienten.

Tab. Ic: Einteilung nach der Geschwürslokalisation ohne Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts in die 2 Gruppen der Patienten mit pylorusnahem (30 Patienten = 290 Reaktionen) und fundusnahen (14 Patienten = 138 Reaktionen) Geschwür.

Tab. II a-d: Bei der Auswertung der kollektiven vektoriellen Testresultate wurde der prozentuale Anteil der verschiedenen Reaktionen der Gesamtgruppe und der nach der Geschwürslokalisation differenzierten Gruppen mit den Normalwerten verglichen und ihre Abweichung von diesen errechnet.

Tab. III: Schließlich wurden aus der faktoriellen Gesamtbilanz die verschiedenen Gruppentriebformeln errechnet. In ihnen stehen die Faktoren, deren + oder - Reaktionen über den Null- oder Ambivalenzreaktionen überwiegen, in der untersten Reihe (Wurzelfaktoren) und zeigen an, daß das entsprechende Bedürfnis konstant unbefriedigt bleibt und als latente Triebgefahr wirksam ist. Die oben stehenden Faktoren sind dagegen durch gehäufte Null- oder Ambivalenzreaktionen ausgezeichnet (Symptomfaktoren) und signalisieren die ständige Tendenz zur Entladung des entsprechenden Bedürfnisses.

2. INTERPRETATION DER TESTRESULTATE AUS FAKTORIELLER UND VEKTORIELLER GESAMTBILANZ

Die übersichtliche Betrachtung der beiden quantitativen Gesamtbilanzen der Reaktionen unserer Patientengruppen mit pylorus- und fundusnahem Geschwür (Tab. I c) ergibt, daß ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit und der Stärke von Abweichungen bei den beiden zu unterscheidenden Lokalisationstypen des Ulkus vorliegt. Bei pylorusnahen Ulcera sind es nur 4 faktorielle Reaktionen, deren prozentuale Abweichung mehr als 10 % be-

trägt, bei den fundusnahen Geschwüren sind es dagegen 15. Ähnlich verhält es sich mit den vektoriellen Reaktionen (Tab. II a-d): bei der ersten Gruppe erreichen nur 5 Reaktionen eine prozentuale Abweichung von 6-10 %, während es bei der letzteren Gruppe 12 bzw. 5 Reaktionen sind. Schon aus der globalen Übersicht über die quantitative Bilanz der Testresultate darf geschlossen werden, daß bei fundusnahen Geschwüren entsprechend der Häufigkeit von starken Abweichungen mit psychischen Besonderheiten mit gemeinsamem psychodynamischen Nenner gerechnet werden muß. Für die Gruppe der pylorusnahen Geschwüre scheint dies nicht oder in viel geringerem Maß zu gelten.

Im einzelnen stellen sich die Abweichungen der kollektiven triebfaktoriellen und -vektoriellen Ergebnisse von den Normalwerten wie folgt dar:

Im Sexual-Vektor wählen alle Patientengruppen seltener als ein normaler Durchschnitt der gleichen Altersverteilung die Homosexuellenbilder als antipathisch, besonders die jüngere Altersklasse beiderlei Geschlechts (Abweichung von einer "normalen" Patientengruppe um -15,2 %). An dieser Häufigkeitsabnahme sind Patienten mit hochsitzendem Geschwür in dem gleichen Maße beteiligt wie solche mit pylorusnahem (um -9,9 % bzw. -10,6 %). Diese Abweichungen weisen darauf hin, daß die Fähigkeit zur Sublimierung der Sexualität herabgesetzt ist. Betreffs der Sympathiewahl für die Homosexuellenbilder verhalten sich die beiden genannten Gruppen nicht einheitlich. Patienten mit fundusnahem Ulkus wählen sie um 16,1 % seltener als sympathisch, während die Gruppe mit pylorusnahem Geschwür sie um 5,2 % häufiger wählt. Diese Häufigkeitszunahme macht das wahre Ausmaß der Verschiebung insofern noch nicht ersichtlich, als nur die Richtung der Wahl (+ oder -), nicht aber die Anzahl der Reaktionen mit Quantumspannungen (Wahl von 4, 5 oder 6 Bildern eines Faktors) berücksichtigt werden. So gehen 41 % aller h+ Reaktionen der Gruppe der pylorusnahen Geschwüre mit Quantumspannungen einher, eine Rate, die das normale Ausmaß weit überschreitet. Auf den gleichen Sachverhalt weist die Struktur der kollektiven Triebformel dieser Kranken hin, da der Faktor h hier als Wurzelfaktor figuriert, bei den Kranken mit fundusnahem Geschwür aber als submanifester Symptomfaktor. Die Häufigkeit der Hypertoniezeichen in diesem Faktor gilt als Hinweis auf das Vorliegen eines übermäßig gesteigerten Zärtlichkeitsbedürfnisses. Worin die eigentliche Quelle des erhöhten Liebesverlangens zu suchen ist, geht aus der Analyse des Kontakt-Vektors hervor. Hier weist die starke Vermehrung der Beharrungs- und Anklammerungstendenzen (-d und +m) auf die Unfähigkeit hin, sich von der vordergründigen Inzestbindung zu lösen und neue Partner zur Befriedigung der Zärtlichkeitsbedürfnisse zu suchen. Andererseits verstärkt eine chronische Angst vor Frustrationen (-hy mit -d und +m) noch die

Abhängigkeitstendenzen, so daß eine Abkehr von einer dualunionistischen Personalbeziehung -auch wenn sie realiter längst illusorisch geworden ist- ängstlich vermieden wird. Bei der Patientengruppe mit fundusnahen Geschwüren weist die faktorielle Bilanz eine Vermehrung der Null-Reaktionen (h=0) und der Ambivalenzreaktionen (h=$\pm$) um zusammen 26,5 % auf, d.h. die Homosexuellenbilder werden meist entweder überhaupt nicht oder gleichzeitig sowohl in Richtung der Sympathie als auch der Antipathie gewählt. Das Erosbedürfnis wird seltener in nativer Form auf festumrisssene Objekte gerichtet (h=+) oder sublimiert (h=-), sondern die Wahl des Liebesobjektes bleibt meist undifferenziert (h=$\pm$). Die starke Vermehrung der h0 Reaktionen könnte als vermehrte aktuelle Befriedigung des Liebesbedürfnisses aufgefaßt werden. Gleichzeitig finden sich jedoch in dieser Patientengruppe die s+ Reaktionen um 22,9 % erhöht, und dementsprechend zeigt die vektorielle Bilanz des Sexualvektors eine Vermehrung von S=0+ und S=$\pm$+ um zusammen 18,8 %, eährend S=+0 um 15,7 % seltener auftritt. Diese testologischen Zeichen sprechen für eine vermehrte Unfähigkeit dieser Kranken, ihr Bedürfnis nach männlicher Aktivität und Aggressionen in adäquater Form zu entladen. Der so bedingte maximale Aufstau der Angriffstendenzen verhindert aber die Trieblegierung (SZONDI) von Zärtlichkeits- und Aggressionsbedürfnis zur "normalen" Sexualität (S=++). In dieser überwiegt daher die Aggressionslust über der Personenliebe, so daß sie eine überwiegend sadistische Färbung erhält.

Im Kontakt-Vektor betreffen die faktoriellen Abweichungen von den Normalwerten bei beiden Altersklassen die d-Reaktionen, die um 9,8 % bzw. 10,8 % auf Kosten der positiven Reaktionen vermehrt sind, während eine Normabweichung im Faktor m nur in der höheren Altersklasse vorkommt, wo die positive Wahl um 19,8 % häufiger gefunden wird als in der Vergleichsgruppe, die negative dagegen um 11,7 % seltener. Die weitere lokalisationsspezifische Aufschlüsselung dieser Testergebnisse ergibt, daß die Abweichungen vorwiegend die Gruppe der fundusnahen Ulcera betreffen und hier sehr stark ausgeprägt sind (die Depressivenbilder werden z.B. 10 mal weniger häufig als sympathisch gewählt als von einer Normalgruppe), während ähnlich große Abweichungen bei den pylorusnahen Ulcera vermißt werden. Der Kontakt-Vektor begründet nach SZONDI alle Erscheinungen der Kommunikation, deren Urmodell das Bedürfnis des Säuglings ist, sich die Brust der Mutter zu suchen und sich daran anzuklammern. Alle späteren Formen des In-Kontakt-Tretens mit der Umwelt beinhalten das Kernbedürfnis, Ersatzobjekte für die Mutter zu finden und festzuhalten. Die Testergebnisse lassen sich dahingehend verstehen, daß die Tendenz, sich an der Mutter oder ihren Ersatzobjekten fest anzuklammern (m+ : Oralität) über der ihr entgegengesetzten Strebung dominiert, sich

von dieser Bindung zu lösen und völlig frei zu sein. Das Bedürfnis nach Annahme, nach Akzeptation und Bestätigung des eigenen Daseins und Wertes durch das Haltobjekt erscheint vergrößert. Gleichzeitig ist die Beharrungstendenz (-d : Analität) maximal gesteigert, das "Kleben" am alten Objekt und die Unfähigkeit, sich von ihm zu lösen, nach anderen Haltobjekten zu suchen, andere Werte zu erwerben. Hierzu gehören die Urtendenz der Analität, der spätere Drang, alles zu sammeln und geizig zurückzuhalten, sowie das starre konservative Festhalten am Alten. Dagegen ist die Tendenz zur Veränderung, zur Freigebigkeit und zur Verschwendung vermindert.

Die Analyse der Vektorreaktionen bestätigt und ergänzt die schon durch die Faktorenanalyse gefundenen Veränderungen im Kontaktleben der Kranken, besonders bei hochsitzendem Geschwür. In dieser Gruppe sind die Zeichen für Kontaktschwäche um zusammen 20,7 % vermindert, für extreme Beharrung, Anklammerung und inzestuöse Objektbindung um zusammen 27,8 % vermehrt. In der Gruppe der pylorusn'ahen Geschwüre lassen sich zwar gleichsinnige Abweichungen finden. Diese sind jedoch so gering, daß sie von einer zufälligen Abweichung nicht genügend sicher zu unterscheiden sind und daher nicht als signifikant für die pylorusnahen Geschwüre gewertet werden dürfen. Die folgenden Ausführungen gelten daher nur für die Kranken mit fundusnahem Ulkus. Da in dieser Gruppe die Abweichungen sehr stark sind, liegt die Vermutung nahe, daß den Veränderungen im Kontaktleben eine zentrale Bedeutung in der Ätiologie der Geschwürsentsteheung im Fundusteil des Magens zuzuschreiben ist. In der Tat decken sich die errechneten Abweichungen weitgehend mit Befunden anderer Untersucher. Der immer wieder geschilderte Ehrgeiz findet mit der stark vermehrten Tendenz zum Festhalten aller erworbenen Werte seine Erklärung. Bei diesem Ehrgeiz handelt es sich in des Wortes wahrer Bedeutung um ein retentives Behaltenwollen und nicht um ein Erwerbenwollen materieller oder geistiger Werte (Ehrgier nach HOLLMANN). Auch die Untersuchungen von SCHWIDDER werden bestätigt, der mühsam unterdrückte Eß- und Besitzwünsche bei gleichzeitig bestehender Unfähigkeit zur Durchsetzung dieser Wünsche gefunden hat. Die Zeichen unstillbaren Hungers nach Anklammerung und Annahme (Vermehrung der m+ Reaktionen) weisen in der Tat auf eine orale Fixierung hin. Diese Wünsche können schwer in der Realität befriedigt werden (Verminderung von m0 Reaktionen), denn die Fähigkeit zum aktiven Suchen und Zugreifen neuer Objekte ist gehemmt (Verminderung der d+ Reaktionen), so daß die oralen Sehnsüchte auf die alten, meist inzestuösen Objekte gerichtet bleiben (C=-+). Diese Ergebnisse bestätigen die Beobachtung von SCHWIDDER, daß der Ulkus-Kranke fixiert ist auf die kindliche oral-rezeptive Kontaktform, dagegen oral-aggressive Fähigkeiten, wahrscheinlich aufgrund frühkindlicher Enttäuschungen oder eines autoritären Über-

Ichs, nur schwach entwickelt. Die oralen Impulse werden offenbar nicht völlig verdrängt (Verminderung von -m), wie dies bei der Depression, bzw. ihrer psycho-somatischen Manifestation, der Pubertätsmagersucht, geschieht. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung (A. DÜHRSSEN) (7), daß ulzeröse Prozesse im Verlaufe einer psychoanalytischen Behandlung ursprünglich magersuchtskranker Patientinnen auftreten können. Offenbar treten die durch die Therapie bedingte Auflockerung des totalen Verzichts auf orale Impulse und die aufkommende Bereitwilligkeit zur fordernden Auseinandersetzung mit der Umwelt in Konkurrenz mit tiefverwurzelten Abwehrhaltungen und führen so zu einem Ambivalenzkonflikt, der dem der Ulkus-Kranken ähnlich ist. Hand in Hand mit der oralen Fixierung geht die prolongierte Mutterbindung einher, in der ALEXANDER den Kernfaktor der Ulkusgenese erblickt. Die Kranken verharren unbewußt auf einer Bindungsform, die in Wirklichkeit schon längst abgelaufen ist. Sie sind unfähig, sich aus der infantilen Abhängigkeit zu lösen und neue Bindungen einzugehen. Sie hegen das unbewußte Verlangen, in der behüteten Existenz des kleinen Kindes geborgen zu verbleiben. Bei der Analyse der faktoriellen Befunde des Kontakttriebes fällt auf, daß sie neben anderen Faktoren eine fast spiegelbildliche Umkehrung der Befunde bei der Depression darstellen. Nach den experimentellen Testergebnissen SZONDIs, der die Auffassung FREUDs über die Tiefenpsychologie der Melancholie bestätigen konnte, sind bei dieser Psychose die Kontaktfaktoren d+ und m± vermehrt. Der vollständige pathognostische Faktorenverband der Depression lautet: -s; -e ; +hy ; +k ; +d ; ±m. Bei unseren Kranken mit fundusnahem Geschwür sind dagegen folgende Reaktionen vermehrt: +s (um 22,9 %) ; +e (um 11,2 %) ; -hy (um 31,7 %) ; -d (um 29,1 %) ; +m (um 26,1 %) ; der Faktor k zeigt dagegen keine Abweichungen von den Normalwerten. Die fast polare Gegensätzlichkeit dieser Ergebnisse zum depressiven Syndrom wird offenbar. Tiefenpsychologisch enthüllen die für die Depression typischen Zeichen eine unglückliche Ambivalenzbindung (±m) zum alten Objekt, das zugleich geliebt und gehaßt wird. Diese Ambivalenzbindung ist die Ursache dafür, daß der Melancholiker kein neues Objekt zur Liebesbesetzung finden kann, obwohl er sich nach Liebe sehnt (+d und +h). In der "Kainreaktion" des unbewußten Affektlebens (-e und +hy) entpuppt sich der Aufstau von Haß und Wut. In einer solchen Affektphase introjiziert der narzistisch veranlagte Melancholiker das alte Objekt, an das er ambivalent gebunden war (+k). Die Folge der Identifikation mit dem Haßobjekt ist die Wendung des Sadismus gegen die eigene Person (-s), die sich in der bekannten Suizidneigung der Melancholiker dokumentiert. Die Beachtung derjenigen Reaktionen, die den experimentell direkt nachweisbaren "Vordergrundprofilen" spiegelbildlich als "psychische Hintergänger" entgegengesetzt sind, ist notwendig geworden seit Einführung der Komplementmethode als dialektisches Deutungsverfahren durch SZONDI. Die Bedeutung dieses Ver-

fahrens liegt darin, daß es die individuell variable innere Dialektik sichtbar macht, die sich zwischen den Strebungen auf der "Vorderbühne" und denen der "Hinterbühne" der Psyche unbewußt abspielen. Der Hintergänger stellt dabei die abgespaltene und in den Hintergrund gedrängte Strebung dar und ergänzt den Vordergänger zu einer Einheit und Ganzheit der Tiefenperson. Da die Hintergängerreaktionen unserer Ulkus-Kranken recht genau jenem Faktorenverband entsprechen, der für die Depression pathognostisch ist, besteht zu der Vermutung Anlaß, daß eine latente Depressionsneurose den Hintergrund der Pathogenese der Ulkus-Krankheit bildet. Sicher würde eine Untersuchung über die Häufigkeit depressiver Affektionen in der Vorgeschichte von Ulkus-Kranken bzw. von Ulkusanamnesen bei Melancholikern einigen Aufschluß über diese Frage bringen.

Der Analyse der faktoriellen und vektoriellen Reaktionen des Ich-Vektors sei ein Hinweis auf die Häufigkeit von Ventilklassen und Symptomreaktionen unserer Patienten vorangestellt, da aus ihnen ein Überblick über Stärke und Art von Abwehrhaltungen gegenüber Triebgefahren zu gewinnen ist. Den normalerweise kaum vorkommenden Tri- und Quadriventilklassen gehören von den insgesamt 44 Patienten 10 an. Dies bedeutet, daß eine relativ große Anzahl unserer Kranken nicht imstande ist, an mehreren Stellen ihrer Triebstruktur eine größere Spannung zu tolerieren. Sie sind unfähig, eine Triebtendenz längere Zeit aufzustauen. Sie müssen sich vielmehr über mehreren Triebbereichen entspannen, sei es durch native Abfuhr, sei es durch Ersatzentladungen, wie Angstsymptome oder Konversionen. Auf den Zwang zur Entspannung über allen Triebvektoren weist besonders auch die abnorm große Höhe der prozentualen Symptomreaktionen (0 und $\pm$) hin. Während ihre Normalgröße empirisch mit 20-30 % angegeben werden kann, wird bei über der Hälfte unserer Ulkus-Kranken (insgesamt 23, davon 15 Männer und 8 Frauen) eine Häufigkeitsquote oberhalb der normalen Höchstgrenze gefunden. Bezeichnend für einen hohen Prozentsatz von Symptomreaktionen ist einerseits die große Neigung zur Haltlosigkeit und Psychopathie, so die Anlage zu Trunksucht, sexueller Haltlosigkeit und sozialer Abnormität, andererseits zur zwangsneurotischen Charakterbildung. Eine nähere Differenzierung erlaubt der Tendenzspannungsquotient als diejenige Größe, die das Verhältnis der Nullreaktionen zu den ambivalenten Wahlen angibt. Auffällig ist dabei, daß von den 23 Patieten mit vermehrten Symptomreaktionen nur 3 einen die normale Größe (1,5 - 2,5) übersteigenden Quotienten liefern. Die vermehrt gewählten Symptomreaktionen betreffen also in den meisten Fällen die Nullreaktionen und Ambivalenzreaktionen gleichzeitig, so daß der Tendenzspannungsquotient in normalen Grenzen bleibt. Diese Befunde deuten darauf hin, daß eine vermehrte Bereitschaft zu nativer Triebabfuhr und neurotische Einengung mit ambivalenten Strebungen und zweifelnder Stellungnahme eng nebeneinander

bestehen oder rasch aufeinander folgen. Die Häufigkeitszunahme von p-Ventilreaktionen (±p ; Op) bei den Patienten mit fundusnahem Geschwür beweist, daß dem ständigen Zwang zur Entspannung auch die Ich-Funktion unterliegt, deren Erschlaffung (Ego-Diastole) in einer Aufhebung der bewußten Stellungnahme zur Objektwelt, in Tagträumereien und inflationistischen Phantasien besteht. Bei den Männern und jüngeren Frauen betrifft die Häufigkeitszunahme der p-Ventilreaktionen elektiv die p± Reaktionen, während in der Gruppe der 41-70-jährigen Frauen der Symptomfaktor p0 eine Vermehrung um 9,3 % erfährt. Da in dieser Gruppe ebenfalls die p+ Zeichen um 11,9 % erhöht, die p-Reaktionen dagegen um 18,0 % vermindert sind, scheint die Ursache der ständigen Ich-Entspannung in der Abwehr sensitiv-paranoider Verfolgungsangst bei gleichzeitiger inflationistischer Besessenheit zu liegen.

Der andere den Ich-Ganztrieb konstituierende Faktor k weist in den Gesamtbilanzen der pylorus- und fundusnahen Geschwüre zwar keine nennenswerten Abweichungen auf, wohl aber in der Bilanz der nach Alter und Geschlecht getrennten Untergruppen. Da einerseits diese Abweichungen teilweise gravierend, aber keineswegs gleichartig sind (und daher bei summarischer Darstellung in den Gesamtbilanzen sich offenbar aufheben und unsichtbar werden) und da andererseits dem Faktor k als dem Ort der unbewußten Stellungnahme gegenüber den Randdilemmen eine zentrale Bedeutung für die Integrationsfähigkeit des Ich zukommt, scheint eine Analyse, die der Verschiedenartigkeit der Abweichungen in den einzelnen Lebensperioden gerecht wird, eine genaue Vorstellung für die vom "Normalen" abweichende Ich-Entwicklung zu vermitteln. Im einzelnen ist bei den 21-40-jährigen Männern k+ um 8,2 % und k± um 15,2 % erhöht, bei den gleichaltrigen Frauen dagegen k0 um 12,5 % auf Kosten von k+, während bei den älteren Ulkus-Patienten k- erhöht gefunden wird, und zwar um 6,2 % bei den Männern und um 11,2 % bei den Frauen. Bei den jüngeren Frauen liegt also vermehrt die völlige Aufgabe jeglicher Stellungnahme (k=0) im Vg. vor, die eine ungehemmte Inflation (p=+) und die Weiblichkeit bzw. die Verlassenheit (p=±) zur Folge hat. Dagegen zeigen die 21-40-jährigen Männer den spiegelbildlich entgegengesetzten Abwehrmechanismus (k=±) und die Introjektionsfunktion (k=+) vermehrt im Vg. Bei der Analyse der Randgefahren war als besonders bedeutungsvoll für die Ulkus-Kranken die permanente inzestuöse Objektbeziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil herausgehoben worden. Im Zusammenhang mit dieser Konfliktsituation spricht nun die Erhöhung der k+ Reaktionen in der Altersklasse der 21-40-jährigen Männer dafür, daß sie, fixiert an die Phase der Ödipussituation, vielfach noch versuchen, den geliebten und gehaßten Vater in sich aufzunehmen (+k), sich mit ihm zu identifizieren und sich seinen Geboten und Verboten unterzuordnen (Erhöhung der -s Reaktionen um 11,4 %). Dieser Versuch mißlingt aber,

da die Wünsche nach libidinösem Kontakt mit der Mutter (Erhöhung von p=± ; h=+!! ; d=- ; m=+) unverändert bestehen bleiben. Daher gewinnt neben der Introjektion ein anderer Mechanismus der Ich-Abwehr, die Verdrängung und die Hemmung (-k) immer mehr an Bedeutung. Denn in der Altersklasse der 21-40-jährigen Männer ist neben der Introjektion die Kopplung von Verdrängung und Introjektion, der Zwangsabwehrmechanismus (±k), um 15,2 % vermehrt, bei den 41-70-jährigen Männern aber allein die Verdrängung, und zwar um 6,2 %. Dasselbe gilt für die älteren Frauen. Bei ihnen ist das Verdrängungszeichen um 11,2 % vermehrt. Die Objekte der sich im Laufe der Entwicklung verändernden Abwehrmechanismen sind die Randgefahren, insbesondere das Sexual- und Kontaktstreben. Eine genaue Analyse dieser Vektoren vermag ihre inhaltliche Beziehung zur ichhaften Stellungnahme zu klären und Aufschluß über die Frage zu bringen, welche Randgefahren in den einzelnen Lebensepochen introjiziert und welche verdrängt wurden. In der Tat verändern sich nicht nur die Ich-Mechanismen, sondern parallel mit ihnen geht ein polarer Wechsel im Faktor s einher. War bei den 21-40-jährigen Männern noch die Unterwerfungsbereitschaft erhöht (-s), so ist es bei den älteren Männern und Frauen der Aggressionsdrang (+s), der abnorm vermehrt gefunden wird (um 15,9 und 25,3 %). Ein besonderes Gewicht erhalten diese Abweichungen noch dadurch, daß bei den Männern 27,8 %, bei den älteren Frauen sogar 71,0 % der s+ Reaktionen mit Quantumspannungen einhergehen. Da also der Aggressionstrieb nach Abschluß der Introjektionsphase vermehrt in den Vg. tritt, darf angenommen werden, daß die Tendenz zur aggressiven Männlichkeit, wie sie im allgemeinen der Vater zeigt, mit Erfolg introjiziert worden ist. Der Junge, der sich früher bedingungslos dem Vater unterwarf, ist durch die gelungene Identifizierung mit der Strenge und den Verboten des Vaters selbst aggressiv gegen seine Umwelt geworden. Nach FREUD tritt die Aggressionstendenz bei Untergang des Ödipuskomplexes auf. Die Liebesenttäuschung führt zur Regression und damit zur Entbindung der aggressiven Triebe ("Triebentmischung"), die sich, wie in der Melancholie, als Gewissensqual und Vorwurf gegen das eigene Ich wenden können. Dieser regressiven Triebentmischung verdankt der Mensch die Grundlagen des Über-Ich, des Anwalts aller elterlichen und traditionellen moralischen und ethischen Beschränkungen. Der Ulkus-Kranke erwirbt offenbar ein starkes Über-Ich, das das schwache Ich zu erdrücken droht und zur Verdrängung gesellschaftlich tabuierter Triebstrebungen führt. Charakteristisch ist hierfür die Tendenz zu Gewissensqualen und Selbstvorwürfen (Vermehrung von +e um 11,2 % und von -hy um 31,2 % bei den fundusnahen Geschwüren). Hingegen wird die Fähigkeit zur integrierenden Stellungnahme durch Identifikation mit unbewußten Leitbildern nur in geringem Maße erworben, da die Tendenzen zur Humanisierung und Sublimierung, zum Einsatz

für ideelle Werte schwächer als von einem normalen Durchschnitt entwickelt sind (Verminderung von S=-- um 5,6 bzw. 4,8 %). Es staut sich vielmehr eine Aggressivität auf (Erhöhung von +s!! um 22,9 % bei den fundusnahen Geschwüren), die sich gegen die Umwelt richtet, aus Angst vor einem endgültigen Liebesverlust aber meist zurückgehalten wird. Im Hintergrund lauert immer die Tendenz zur Selbstdestruktion (-s!! im Hg.), die in Verbindung mit der Entwertungsfunktion -k (bei den über 40-jährigen männlichen und weiblichen Patienten um 6,2 % bzw. 11,2 % erhöht) entscheidenden Anteil an der Pathogenese des Konversionssymptoms hat. Normalerweise wird mit der Identifizierung die Fähigkeit zur Ablösung einer unbewußten Kommunikation mit der Mutter erworben. Es scheint, daß bei den Ulkus-Kranken diese Ablösung mißlingt, so daß die inzestuösen Neigungen ein ganzes Leben lang verdrängt werden müssen. In diesem Zusammenhang mag an die psychoanalytisch orientierte Theorie von GARMA erinnert werden, der die Introjektion einer überstrengen Mutter für das wesentliche ätiologische Moment für die Entstehung des Ulkus bei dem in die orale Phase regredierten Patienten hält. Unbeschadet der Frage, inwieweit diese Theorie die Entstehung eines Ulkus pathogenetisch zu erklären vermag, dürfen die Testresultate, insbesondere soweit sie die 21-40-jährigen Männer betreffen, als weitgehende Bestätigung der Theorie von GARMA angesehen werden. Die Gemeinsamkeit dieser Theorie mit den Testergebnissen besteht darin, daß der oral fixierte Ulkus-Kranke den überstrengen Teil einer Elternperson introjiziert hat und sich fortan latent feindselig gegen die Umwelt, hintergründig aggressiv aber auch gegen seine eigene Person zeigt.

Ergänzt werden diese Befunde durch eine Analyse der vektoriellen Bilanz. Während bei den pylorusnahen Geschwüren signifikante Abweichungen vermißt werden, werden von Patienten mit hochsitzendem Ulkus die Ich-Bilder Sch=0± etwa 3 mal so häufig (Vermehrung von 6,5 %) und Sch=-± fast doppelt so oft (Vermehrung um 7,2 %) gewählt wie von einer normalen Vergleichsgruppe. Diese Vermehrungen gehen vor allem zu Lasten des Ich-Bildes Sch=-- (Verminderung um 7,9 %). Das Testbild Sch=0± bedeutet nach SZONDI eine vom stellungnehmenden Ich (0k) nicht kontrollierte inflative Projektion (±p), insbesondere die Weiblichkeit und Verlassenheit des abgetrennten Partners einer inzestuösen Dualunion (±p bei C=-+). Da die Person sich vom Partnerobjekt nicht angenommen fühlt, hat sie die Fähigkeit zu einer inzestuösen Objektintrojektion nie erlangt (Fehlen von +k im Vg.-Profil) und kann sich daher selbst nicht akzeptieren. Die gleichzeitige Vermehrung von Sch=-± spricht dafür, daß unsere Ulkus-Kranken periodisch ihre Verlassenheit und ihr Abgetrenntsein vom Objekt unbewußt verleugnen, indem sie den Partner oder sein Ersatzobjekt entwerten(-k). Dies aber muß zu der gefährlichen Konsequenz einer Selbstentwertung führen, da ja die Fähigkeit zur Bejahung des eigenen Selbst nicht gegeben ist. Nach SZONDI ist die Folge der Abspaltung der Introjektionstendenz

vom Vollbild des Ich-Triebes (Sch=++) die Entfremdung von der realen Welt oder von der eigenen Person (Depersonalisation), wie sie bei schwerer Hypochondrie, Konversionshysterie und im Vorstadium der Schizophrenie auftreten kann und sich in Form von Tagträumereien und Fremdheitsgefühlen gegenüber der Welt und sich selbst dokumentiert. Charakteristisch ist nach SZONDI aber auch, daß bei Personen, die vermehrt dieses Ich-Bild der Entfremdung liefern, häufig das polar entgegengesetzte Erscheinungsbild, das introjektive Ich Sch=+0 plötzlich und sukzessiv in den Vg. durchbrechen kann. In solchen Fällen wird die Person hyperaktiv und sucht fast brutal -oft durchaus mit Erfolg- alle möglichen Wertobjekte zu erobern und in Besitz zu nehmen. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse anderer Untersucher -soweit sie die Persönlichkeitsstruktur von Ulkus-Kranken betreffen- von besonderem Interesse, scheinen sie doch in den hier gefundenen Ich-Mechanismen eine Grundlage zu finden. ALEXANDER unterscneidet 2 Gruppen von Ulkus-Kranken, die sich in ihrem äußeren Verhalten stark unterscheiden: die erste Gruppe versucht, ihre Abhängigkeitsbedrüfnisse durch ehrgeizige Tätigkeiten zu kompensieren, die zweite zeigt sich auch äußerlich weich, passiv und anlehnungsbedürftig. Die letztere scheint nun in ihrem Verhalten genau den Charaktereigentümlichkeiten zu entsprechen, die dem weiblichen, verlassenen Ich zukommen. Die erste Gruppe versucht, ihre Bedürfnisse nach Angenommenwerden und ihre Verlassenheit durch ein Feuerwerk strebsamer Handlungen zu kompensieren. Solche Verhaltensweisen sind typische Erscheinungsformen des introjektiven Ich (Sch +0), das im Hg. des Entfremdungs-Ich (Sch=-+) steht. Es scheint, als habe dieses Ich-Bild mit der Erkrankung seine Fronten polar vertauscht: v o r der Erkrankung stand möglicherweise das introjektive Ich mit seinem Streben nach Inbesitznahme der Objekte im Vg., weil die Verlassenheit und Weiblichkeit verneint und in den Hg. abgespalten wurden. Das direkte Sichtbarwerden der Zeichen der Weiblichkeit und der Verlassenheit in unseren Testprofilen läßt sich vielleicht dadurch interpretieren, daß diese latent vorhandenen Bedürfnisse in den Vg. gerückt sind, n a c h d e m durch die Erkrankung der Anspruch auf Passivität, Fürsorge und Pflege selbstverständlich geworden ist. Die bekannte ehrgeizige Strebsamkeit der Ulkus-Kranken erweist sich so -in Verbindung mit der Beharrungstendenz des Kontaktlebens- als eine sich im Verhalten manifestierende spezifische Form der Ich-Abwehr: sie ist in der Kompensation von Akzeptationswünschen und des Bewußtwerdens der Verlassenheit begründet und dient als Ausweg einer drohenden Selbstdestruktion.

Der andere neben dem Ich-Vektor die Mitte der Person konstituierende Vektor ist der P a r o x y s m a l - Trieb, der wegen seiner engen Beziehungen

zum animalen und vegetativen Nervensystem für die psychosomatische Symptombildung eine zentrale Bedeutung hat. Der Paroxysmal- oder Überraschungstrieb dient zum Schutz gegen äußere oder innere Gefahren; einerseits als uralter tierischer Gefahrabwehrmechanismus in Form des Totstellreflexes, des Bewegungssturmes und des Farbwechsels, andererseits als Schutz gegen innere, gefahrbringende Gefühlsbewegungen. Er setzt sich aus dem epileptiformen Faktor e zusammen, der die groben Affekte aufstaut und entlädt und sich als sozial-positive Tendenz +e und sozial-negative Tendenz -e manifestiert, und aus dem Faktor hy, der die Moralschranken (-hy) und den Geltungsdrang (+hy) begründet. Die größte Abweichung von den Normalwerten betrifft die Hysterikerbilder, deren Antipathiewahlen (-hy) bei Kranken mit hochsitzendem Ulkus um 31,7 % vermehrt sind. Die gleiche Vermehrung ist bei Patienten mit pylorusnahem Geschwür nur scheinbar unbedeutend (-hy um 8,7 % vermehrt), da eine verschleierte Antipathiewahl auch in den um 8,5 % häufiger gewählten Ambivalenzreaktionen (±hy) zum Ausdruck kommt. Dagegen sind in beiden Gruppen sowohl die positiven Wahlen als auch die Nullreaktionen vermindert. Da diese Abweichungen im Faktor hy sowohl hinsichtlich ihrer Richtung als auch ihrer Intensität mit großer Regelmäßigkeit in allen Untergruppen zu finden sind, kommt ihnen ein großer pathognostischer Wert zu. Der Befund spricht dafür, daß Ulkus-Kranke sich vermehrt einer Affektabwehr bedienen, die sich als phylogenetisch vorgebildeter Schutz- und Sicherungsmechanismus schon bei Tieren nachweisen läßt und in den Immobilisierungsphänomenen und Totstellreflexen bei äußeren Gefahr- und Schrecksituationen zum Ausdruck kommt. Unerträgliche existentielle oder überstarke sexuelle Gemütsreize werden mit Hilfe dieser Abwehr von der Bewußtwerdung ausgeschaltet. Das Bedürfnis, die zarten Gemütsbewegungen vor der Umwelt geheimzuhalten, Scham- und Ekelschranken bis zur Bildung einer moralischen Zensur aufzubauen, ist gesteigert. Krankhafte Erscheinungen dieser Tendenz sind die hysteriformen Immobilisierungsphänomene wie Abasie, Astasie, hysterische Blindheit usw., die häufig mit Ich-Verlust (Sch=00) und mit Entfremdung (Sch=-±) einhergehen. Im Gegensatz zu dem gesteigerten Bedürfnis, die zarten Affekte schamhaft zu verbergen, ist die Entladungsfunktion des Fluchttriebfaktors (hy=0) vermindert, ebenso die Tendenz zum schamlosen Sich-zur-Schau-Tragen, zum Exhibieren und zum Geltungsdrang (hy=+). In der Gruppe der 21-40-jährigen Patienten ist dagegen die Interferenz von Fluchttrieb (-hy) und Geltungsdrang (+hy) um 12,1 % erhöht, das testologische Zeichen für chronische Beklemmungsgefühle.

Im Gegensatz zu der Regelmäßigkeit der prozentualen Abweichungen im Faktor hy fällt hinsichtlich der Wahl der Epileptikerbilder die bunte Uneinheitlichkeit der prozentualen Veränderungen in den einzelnen Haupt- und Untergruppen auf. Dieser Umstand ist schon ein Hinweis darauf, daß dem Faktor e eine nicht annähernd so große pathognostische Bedeutung zukommt wie seinem

Partnerfaktor hy. Die Sympathiewahlen für Epileptiker sind in der Gruppe der pylorusnahen Geschwüre um 10,6 % vermindert, in der Gruppe der hochsitzenden Ulcera dagegen um 11,2 % vermehrt. Die Häufigkeitszunahme geht in dieser Gruppe hauptsächlich auf Kosten der Antipathiewahlen (Verminderung der e-Reaktionen um 11,6 %). Bei den Geschwürsträgern mit pylorusnahem Ulkus findet sich außerdem eine Vermehrung der e0 Reaktionen um 15,0 %. Eine Analyse der faktoriellen Bilanz in den Untergruppen lehrt, daß eine Zunahme der Nullreaktionen auf Kosten der e- Reaktionen vor allem die männlichen Ulkus-Patienten betrifft, besonders stark die Gruppe der 21-40-jährigen Männer, bei denen die e0 Reaktionen um 16,2 % erhöht gefunden werden. Dieser Befund spricht dafür, daß die groben feindseligen Affekte wie Groll, Haß, Zorn und Wut (-e), aber auch die entgegengesetzten Strebungen, wie Wiedergutmachung und Gewissensskrupel (+e), keineswegs aufgestaut werden, sondern sich leicht entladen können (e=0). Epileptiker und poriomane Kriminelle zeigen ebenfalls erhöhte e0 Reaktionen, im Gegensatz zu unserem Testbefund aber gleichzeitig auch eine pathologische Steigerung der e- Reaktionen. In der Frauengruppe sind die Abweichungen im Faktor e nach Richtung und Intensität je nach Lebensalter sehr verschieden. In der Gruppe der 41-70-jährigen Frauen ist die Entladungsbereitschaft (0e) der groben Affekte ähnlich wie bei den Männern erhöht (um 9,8 %), bei den jüngeren Frauen dagegen erheblich um 13,5 % herabgesetzt. Dementsprechend werden die feindseligen Affekte aufgestaut (Erhöhung von -e um 13,1 %), während die Fähigkeit zur Kompensierung durch Wiedergutmachung und durch Aufbau einer ethischen Gewissensinstanz (+e) herabgesetzt ist.

Noch deutlichere und differenziertere Aussagen über pathologische Abweichungen von den normalen Reaktionen im Affektvektor erlaubt die vektorielle Bilanzanalyse. Den Patienten mit hochsitzendem und mit pylorusnahem Geschwür ist die Unfähigkeit gemeinsam, ihre Affekte unmittelbar und nativ auszuleben. Die entsprechenden Reaktionen sind nämlich um zusammen 11,3 % bzw. 8,2 % vermindert. Stattdessen sind bei den Patienten mit pylorusnahem Geschwür die testologischen Zeichen für Affektanschwellung mit Totstellreflex um insgesamt 16,0 % vermehrt, wobei adäquate Objekte als psychomotorische Ventile fehlen. Hierzu gehören vor allem die Bilder der inneren Panik (P=--) und der Beklemmung infolge einer Ambivalenz im moralischen Verhalten (P=0±). Die gesteigerte Häufigkeit dieser Affektanschwellung ohne äußere Abfuhrmöglichkeit scheint eine allgemeine Affinität zu funktionellen Störungen und Organveränderungen zu haben, die in engem Zusammenhang mit dem vegetativen Nervensystem stehen, wurde doch ein ähnlicher testologischer Befund bei der Tbc. der Lunge erhoben. Im Gegensatz hierzu sind für die motorischen, sensiblen und sensorischen konversionshysterischen Phänome des

animalen Nervensystems die Zeichen der Affektflut und des Bewegungssturmes charakteristisch erhöht (P=++ ; +± ; +0 ; ±+). Bei näherer Differenzierung hinsichtlich der Geschwürslokalisation stellt sich heraus, daß als Zeichen für die Affektanschwellung ohne adäquate Abfuhr beim pylorusnahen Ulkus die Reaktion P=-- erhöht ist, beim hochsitzenden Geschwür dagegen P=±-. Der Unterschied besteht darin, daß bei der letzteren Lokalisation häufiger die Tendenz zur Wiedergutmachung (e=+) gleichzeitig neben der Affektanschwellung steht. Daß dieses Bedürfnis in der Tat bei Patienten mit fundusnahem Ulkus eine große Rolle spielt, wird durch die vermehrte Häufigkeit (um 13,8 %) des "Abelanspruchs" (P=+-) deutlich, während die gleiche Reaktion von der anderen Patientengruppe um 8,7 % vermindert geliefert wird. Es scheint also, daß Kranke mit fundusnahem Geschwür aus Angst vor dem Bekanntwerden ihrer starken aggressiven und kommunikativen Bedürfnisse die Tendenz zu Wiedergutmachungshandlungen entwickeln, in denen ihre Affektanschwellungen bis zu einem gewissen Grade ein psychomotorisches Ventil finden und so zu einer Sozialisierung gelangen. Schließlich sind in beiden Patientengruppen das testologische Zeichen für sensitive Beziehungsangst (P=0-) geringgradig vermehrt. Die Angst der Ulkus-Kranken entspringt vor allem der Unfähigkeit, sich vom Urobjekt ganz angenommen zu fühlen, ist also eine Akzeptationsangst. Sie sind unbewußt auf die Stufe der infantilen Abhängigkeit von der Mutter oder ihrer Ersatzperson fixiert, können aber diese Bindung natürlich nicht realisieren. Die Angst wird noch dadurch verstärkt, daß sie ihre geheimen Wünsche, sich aggressiv des geliebten Objektes zu bemächtigen, sowie sich an ihm für erlittene Frustrationen zu rächen, geheimhalten müssen, um seine Liebe nicht völlig zu verlieren. Für die Dekompensierung einer solchen triebpsychologischen Situation sind nicht irgendwelche Veränderungen in der Beziehung zwischen Patient und Objekt obligat. Zur Auslösung genügen Schwierigkeiten in der Bewältigung von äußeren Problemen, die dem schwachen infantilen Ich, das unbewußt bei dem Objekt Hilfe sucht, die Irrealität einer solchen Bindung erkennen lassen. Diese "Versagung" kann dann zur Dekompensierung führen. In der Tat lassen sich häufig in der Anamnese der Ulkusträger plötzlich auftretende Schwierigkeiten bei der Bewältigung einer beruflichen oder existentiellen Situation nachweisen.

Die Frage der Pathogenese und der Affinität der durch diese Arbeit nachgewiesenen psychischen Faktoren zum Magen und Duodenum kann in Anlehnung an das Vorstellungsmodell der "Bereitstellungskrankheiten" (Th. v. UEXKÜLL (31)) wie folgt beantwortet werden:

Beim Säugling spielt die Nahrungsaufnahme in der Phase der größten Abhängigkeit und Liebebedürftigkeit eine beherrschende Rolle. Mit fortschreitender Differenzierung der kindlichen Wünsche bleibt die Nahrung immer das

Symbol des Angenommenseins, der Geborgenheit innerhalb einer Gemeinschaft, der man sich zugehörig fühlt. Ebenso wie vor der Nahrungsaufnahme die Produktion des Magensaftes physiologisch aktiviert wird, führt auch der ungestillte "Hunger" nach Angenommensein und Geborgenheit zu dieser Gesamtumstellung der vegetativ gesteuerten Funktionen des Organismus ("Bereitstellung"), die solange erhalten bleibt, wie die Stimmung andauert. Die Befriedigung der liebefordernden Sehnsüchte wird durch äußere Hemmungen oder durch ein strenges Über-Ich verhindert, das bei Andrängen dieser Strebungen Angst- und Schuldgefühle verursacht und ihre Bewußtwerdung ausschließt. Das Über-Ich veranlaßt zu einer charakteristischen Überkompensation, die zu dem Charaktermerkmal des Ehrgeizes führt: durch hyperaktive, aufopfernde Handlungen versucht sich der Ulkus-Kranke seinen Mitmenschen unentbehrlich zu machen und ihre Liebe und Achtung zu erwerben. Der Konflikt zwischen Befriedigung von liebefordernder Kontaktaufnahme und autoritärem Über-Ich kann bei aktuellem Anlaß, z.B. bei Schwierigkeiten in der Überwindung von sozialen oder existentiellen Problemen, exazerbieren und zu plötzlicher Dekompensierung einer latenten Neurose führen. Da diese Motive früh verdrängt werden und von der Teilnahme an der Reifung der Persönlichkeit ausgeschlossen bleiben, lernt das Ich nicht, seine Stimmungen nach liebevoller Annahme mit sublimierten, sozial geduldeten Motiven zu verknüpfen. So bleibt die Stimmung blind, ungerichtet und ohne adäquate Motive. Wegen dieses Mangels kann sie sich nicht differenzieren und auflösen, sondern führt zur Fixierung einer Bereitstellung, nämlich der Bereitstellung zum Gefüttertwerden. Da aber das erwartete Ereignis infolge Versagung durch das strenge Über-Ich nicht eintritt, fällt die Bereitstellung zur Nahrungsaufnahme aus dem einheitlichen Komplex vegetativer Regulationen heraus: die vermehrte Abgabe von Magensaft führt zur Andauung von Schleimhaut und zur Ausbildung eines Geschwürs. Über den Umweg einer partiellen Selbstdestruktion verschafft sich der Ulkus-Kranke mit dem Alibi einer "organischen" Krankheit Mitleid und Beachtung bei seinen Mitmenschen und kommt so zu einer zumindest teilweisen Befriedigung seiner liebefordernden Sehnsüchte.

C. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden insgesamt 44 Patienten (30 Patienten mit pylorusnahem, 14 Patienten mit fundusnahem Geschwür), die wegen eines Ulkus in stationärer Behandlung standen, mit dem SZONDI-Test untersucht. Mit Hilfe dieses triebpsychologischen Untersuchungsverfahrens sollte geprüft werden, ob und welche psychologischen Faktoren bei beiden Lokalisationsarten (pylorus- und fundusnah) des Ulkus nachzuweisen sind. Insbesondere sollten die vorhandenen psychosomatischen Theorien über die Ätiologie und Pathogenese der Geschwürskrankheit verifiziert werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Signifikante Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur mit gemeinsamem psychodynamischen Nenner finden sich mit ausreichender Sicherheit nur bei Patienten mit fundusnahem Geschwür.
2. Es sind Anzeichen vorhanden, daß diese Patienten auf dem Hintergrund einer latenten Depressionsneurose ihre unbewußte Verlassenheit und ihre unbewußten Wünsche nach oral-rezeptivem, inzestuösen Kontakt mit der Mutter verleugnen. Der Konflikt zwischen diesen unbewußten Tendenzen und einem harten, versagenden Über-Ich ist offenbar auf dem Boden einer Neurose gewachsen, die den Ödipus-Komplex beinhaltet und zu einer oralen Regression geführt hat.
3. Der bekannte Ehrgeiz dieser Patienten findet seine Erklärung als äußerliche, sich im Charakter manifestierende überkompensatorische Abwehrhaltung gegen die oralen inzestuösen Wünsche.

Die gefundenen Ergebnisse stimmen mit den tiefenpsychologischen Theorien von SCHWIDDER und ALEXANDER weitgehend überein.

TABELLE I a1

Faktorielle Reaktionen

		21-40 jährige ♂ + ♀ (n = 17; 166 Reakt.)				41-70 jährige ♂ + ♀ (n = 27; 262 Reakt.)			
		Σ	%	Norm	Abw.	Σ	%	Norm	Abw.
h	+	109	65,7	60,6	+ 5,1	165	63,0	68,0	- 5,0
	-	10	6,0	21,2	-15,2	21	8,0	14,5	- 6,5
	±	22	13,2	7,0	+ 6,2	48	18,3	9,7	+ 8,6
	0	25	15,1	11,3	+ 3,8	28	10,7	7,7	+ 3,0
s	+	45	27,2	35,0	- 7,8	144	55,0	35,5	+19,5
	-	56	33,7	29,1	+ 4,6	58	22,1	27,6	- 5,5
	±	25	15,0	10,3	+ 4,7	22	8,4	10,9	- 2,5
	0	40	24,1	25,6	- 1,5	38	14,5	25,8	-11,3
e	+	57	34,3	39,6	- 5,3	79	30,2	30,0	+ 0,2
	-	32	19,3	20,9	- 1,6	53	20,2	24,2	- 4,0
	±	16	9,6	10,3	- 0,7	29	11,1	14,4	- 3,3
	0	61	36,8	29,5	+ 7,3	101	38,5	31,4	+ 7,1
hy	+	6	3,6	11,6	- 8,0	13	5,0	16,4	-11,4
	-	109	65,7	55,6	+10,1	179	68,3	48,2	+20,1
	±	33	19,9	14,6	+ 5,3	38	14,5	14,3	+ 0,2
	0	18	10,8	17,9	- 7,1	32	12,2	21,4	- 9,2
k	+	28	16,9	14,2	+ 2,7	22	8,4	10,2	- 1,8
	-	65	39,1	54,5	-15,4	180	68,7	60,6	+ 8,1
	±	34	20,5	9,8	+10,7	16	6,1	12,0	- 5,9
	0	39	23,5	21,6	+ 1,9	44	16,8	17,4	- 0,6
p	+	41	24,7	21,4	+ 3,3	41	15,6	13,6	+ 2,0
	-	72	43,4	47,0	- 3,6	126	48,1	56,3	- 8,2
	±	32	19,3	12,2	+ 7,1	50	19,1	13,4	+ 5,7
	0	21	12,6	19,4	- 6,8	45	17,2	16,8	+ 0,4
d	+	39	23,5	32,8	- 9,3	59	22,7	38,6	-15,9
	-	51	30,7	21,2	+ 9,5	70	26,9	16,1	+10,8
	±	8	4,8	5,1	- 0,3	14	5,5	6,9	- 1,4
	0	68	41,0	40,6	+ 0,4	117	44,9	38,3	+ 6,6
m	+	77	46,4	42,5	+ 3,9	145	55,3	35,5	+19,8
	-	49	29,5	27,9	+ 1,6	46	17,6	29,3	-11,7
	±	14	8,4	9,8	- 1,4	22	8,4	11,2	- 2,8
	0	26	15,7	19,7	- 4,0	49	18,7	23,8	- 5,1

TABELLE Ib

Faktorielle Reaktionen

		♂ 21-40 jährige (n = 12; 116 Reakt.)				♂ 41-67 jährige (n = 17; 162 Reakt.)			
		Σ	%	Norm	Abw.	Σ	%	Norm	Abw.
h	+	82	70,7	60,6	+10,1	93	57,4	68,2	-10,8
	-	10	8,6	21,2	-12,6	15	9,3	15,0	- 5,7
	±	20	17,3	7,0	+10,3	34	21,0	9,3	+11,7
	0	4	3,5	11,3	- 7,8	20	12,3	7,3	+ 5,0
s	+	27	23,3	35,0	-11,7	84	51,9	36,0	+15,9
	-	47	40,5	29,1	+11,4	38	23,5	26,5	- 3,0
	±	22	19,0	10,3	+ 8,7	14	8,6	10,6	- 2,0
	0	20	17,3	25,6	- 8,3	26	16,0	26,7	-10,7
e	+	41	35,0	39,6	- 4,6	55	34,0	31,2	+ 2,8
	-	15	12,9	20,9	- 8,0	23	14,2	23,4	- 9,2
	±	7	6,0	10,3	- 4,3	25	15,4	14,4	+ 1,0
	0	53	45,7	29,5	+16,2	59	36,4	30,9	+ 5,5
hy	+	5	4,3	11,6	- 7,3	3	1,9	16,2	-14,3
	-	70	60,4	55,6	+ 4,8	118	72,8	48,6	+24,2
	±	31	26,7	14,6	+12,1	20	12,3	14,4	- 2,1
	0	10	8,6	17,9	- 9,3	21	13,0	20,7	- 7,7
k	+	26	22,4	14,2	+ 8,2	16	9,9	10,1	- 0,2
	-	39	33,6	54,5	-20,9	109	67,3	61,1	+ 6,2
	±	29	25,0	9,8	+15,2	9	5,6	11,5	- 5,9
	0	22	19,0	21,6	- 2,6	28	17,2	17,4	- 0,2
p	+	25	21,6	21,4	+ 0,2	16	9,9	14,0	- 4,1
	-	51	44,0	47,0	- 3,0	86	53,1	55,2	- 2,1
	±	21	18,1	12,2	+ 5,9	41	25,3	14,0	+11,3
	0	19	16,4	19,4	- 3,0	19	11,7	16,9	- 5,2
d	+	22	19,0	32,8	-13,8	45	27,8	38,6	-10,8
	-	40	34,4	21,2	+13,2	42	26,0	15,9	+10,1
	±	2	1,7	5,1	- 3,4	11	6,8	6,7	+ 0,1
	0	52	44,8	40,6	+ 4,2	64	39,4	38,6	+ 0,8
m	+	64	55,2	42,5	+12,7	106	65,4	33,5	+31,9
	-	30	25,8	27,9	- 2,1	21	13,0	30,3	-17,3
	±	5	4,3	9,8	- 5,5	7	4,4	10,9	- 6,5
	0	17	14,7	19,7	- 5,0	28	17,2	25,2	- 8,0

TABELLE I b (Fortsetzung)

		♀ 21-40 jährige (n = 5; 50 Reakt.)				♀ 41-70 jährige (n = 10; 100 Reakt.)			
		Σ	%	Norm	Abw.	Σ	%	Norm	Abw.
h	+	27	54	60,6	- 6,6	72	72	67,9	+ 4,1
	-	0	0	21,2	-21,2	6	6	13,7	- 7,7
	±	2	4	7,0	- 3,0	14	14	10,2	+ 3,8
	0	21	42	11,3	+30,7	8	8	8,3	- 0,3
s	+	18	36	35,0	+ 1,0	60	60	34,7	+25,3
	-	9	18	29,1	-11,1	20	20	29,3	- 9,3
	±	3	6	10,3	- 4,3	8	8	11,5	- 3,5
	0	20	40	25,6	+14,4	12	12	24,5	-12,5
e	+	16	32	39,6	- 7,6	24	24	28,1	- 4,1
	-	17	34	20,9	+13,1	30	30	25,3	+ 4,7
	±	9	18	10,3	+ 7,7	4	4	14,3	-10,3
	0	8	16	29,5	-13,5	42	42	32,2	+ 9,8
hy	+	1	2	11,6	- 9,6	10	10	16,7	- 6,7
	-	39	78	55,6	+22,4	61	61	47,7	+13,3
	±	2	4	14,6	-10,6	18	18	14,1	+ 3,9
	0	8	16	17,9	- 1,9	11	11	22,5	-11,5
k	+	2	4	14,2	-10,2	6	6	10,3	- 4,3
	-	26	52	54,5	- 2,5	71	71	59,8	+11,2
	±	5	10	9,8	+ 0,2	7	7	12,7	- 5,7
	0	17	34	21,6	+12,4	16	16	17,3	- 1,3
p	+	16	32	21,4	+10,6	25	25	13,1	+11,9
	-	21	42	47,0	- 5,0	40	40	58,0	-18,0
	±	11	22	12,2	+ 9,8	9	9	12,5	- 3,5
	0	2	4	19,4	-15,4	26	26	16,7	+ 9,3
d	+	17	34	32,8	+ 1,2	14	14	38,7	-24,7
	-	11	22	21,2	+ 0,8	28	28	16,5	+11,5
	±	6	12	5,1	+ 6,9	3	3	7,1	- 4,1
	0	16	32	40,6	- 8,6	53	53	37,8	+15,2
m	+	13	26	42,5	-16,5	39	39	38,5	+ 0,5
	-	19	38	27,9	+10,1	25	25	27,9	- 2,9
	±	9	18	9,8	+ 8,2	15	15	11,7	+ 3,3
	0	9	18	19,7	- 1,7	21	29	21,8	+ 7,2

TABELLE Ic

Faktorielle Reaktionen

		Pylorusnahes Geschwür (n = 30; 290 Reakt.)				Fundusnahes Geschwür (n = 14; 138 Reakt.)			
		Σ	%	Norm	Abw.	Σ	%	Norm	Abw.
h	+	202	69,7	64,5	+ 5,2	72	52,2	68,3	-16,1
	-	23	7,9	18,5	-10,6	8	5,8	15,7	- 9,9
	±	35	12,1	8,0	+ 4,1	35	25,4	8,9	+16,5
	0	30	10,3	9,1	+ 1,2	23	16,9	6,9	+10,0
s	+	107	36,9	35,8	+ 1,1	82	59,5	36,6	+22,9
	-	85	29,3	27,2	+ 2,1	29	21,0	25,3	- 4,3
	±	31	10,7	10,3	+ 0,4	16	11,5	10,2	+ 1,3
	0	67	23,1	26,7	- 3,6	11	8,0	27,7	-19,7
e	+	74	25,5	36,1	-10,6	61	43,8	32,6	+11,2
	-	65	22,4	21,8	+ 0,6	15	11,0	22,6	-11,6
	±	21	7,2	12,4	- 5,2	25	18,1	14,4	+ 3,7
	0	130	44,9	29,9	+15,0	37	26,9	30,3	- 3,4
hy	+	14	4,8	13,8	- 9,0	5	3,6	16,0	-12,4
	-	177	61,0	52,3	+ 8,7	111	80,7	49,0	+31,7
	±	67	23,1	14,6	+ 8,5	4	2,9	14,6	-11,7
	0	32	11,1	19,1	- 8,0	18	12,8	20,3	- 7,5
k	+	32	11,1	12,1	- 1,0	18	12,8	10,0	+ 2,8
	-	162	55,8	58,1	- 2,3	83	60,4	61,7	- 1,3
	±	38	13,1	10,4	+ 2,7	12	8,7	11,0	- 2,3
	0	58	20,2	19,5	+ 0,5	25	18,1	17,4	+ 0,7
p	+	60	20,6	17,9	+ 2,7	22	16,0	14,4	+ 1,6
	-	140	48,3	50,5	- 2,2	58	41,7	54,0	-12,3
	±	47	16,2	13,5	+ 2,7	35	25,4	14,7	+10,7
	0	43	14,9	18,2	- 3,3	23	16,9	17,0	- 0,1
d	+	93	32,[illegible]	35,7	- 3,6	5	3,6	37,3	-33,7
	-	57	19,7	18,5	+ 1,2	64	46,5	17,4	+29,1
	±	20	7,0	5,9	+ 1,1	4	2,9	6,5	- 3,6
	0	120	41,2	39,8	+ 1,4	65	47,2	38,7	+ 8,5
m	+	145	50,0	36,9	+13,1	87	63,1	37,0	+26,1
	-	69	23,8	29,6	- 5,8	16	11,5	29,1	-17,6
	±	31	10,7	10,2	+ 0,5	5	3,6	10,8	- 7,2
	0	45	15,5	23,2	- 7,7	30	21,8	23,0	- 1,2

TABELLE IIa

Vektorielle Reaktionen

S-Vektor

h	s	Σ♂	Σ♀	% ♂	% ♀	% ♂+♀	Norm ♂+♀	Abw. ♂+♀	Σ Pyl.	Σ Fund.	% Pyl.	% Fund.	Abw. Pyl.	Abw. Fund.
+	+	67	64	24,1	43,2	30,8	25,3	+5,8	84	46	29,0	33,5	+4	+ 8,5
+	-	51	15	18,3	10,0	15,5	13,3	+2,2	56	11	19,3	8,0	+6	- 5,3
+	0	34	12	12,2	8,0	10,8	18,6	-7,8	42	4	14,5	2,9	-4,1	-15,7
+	±	23	7	8,3	4,7	7,1	6	+1,1	19	11	6,6	8,0	+0,6	+ 2,0
-	+	5	2	1,8	1,3	1,6	5,3	-3,7	4	3	1,4	2,2	-3,9	- 3,1
-	-	12	1	4,3	0,7	3,1	8,4	-5,3	8	5	2,8	3,6	-5,6	- 4,8
-	0	1	3	0,4	2,0	0,9	3,5	-2,6	4	0	1,4	0	-2,1	- 3,5
-	±	7	0	2,5	0	1,7	2,3	-0,6	7	0	2,4	0	+0,1	- 2,3
0	+	15	10	5,4	6,8	5,9	2,7	+3,2	8	17	2,8	12,3	+0,1	+ 9,6
0	-	3	3	1,1	2,0	1,4	4,0	-2,6	5	1	1,7	0,7	-2,3	- 3,3
0	0	2	15	0,7	10,0	3,8	2,2	+1,6	15	2	5,2	1,5	+3,0	- 0,7
0	±	4	1	1,4	0,7	1,2	1,1	+0,1	2	3	0,7	2,2	-0,4	+ 1,1
±	+	24	2	8,6	1,3	6,2	2,3	+3,9	10	16	3,4	11,5	+1,1	+ 9,2
±	-	19	8	6,8	5,4	6,3	2,3	+4,0	16	12	5,6	8,7	+3,3	+ 6,4
±	0	9	2	3,2	1,3	2,6	2,0	+0,6	6	5	2,1	3,6	+0,1	+ 1,6
±	±	2	3	0,7	2,0	1,1	1,1	0	3	2	1,0	1,5	-0,1	+ 0,4

TABELLE II b

Vektorielle Reaktionen

C-Vektor

d	m	Σ♂	Σ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	Norm ♂ + ♀	Abw. ♂ + ♀	Σ Pyl.	Σ Fund.	% Pyl.	% Fund.	Abw. Pyl.	Abw. Fund.
+	-	26	9	9,4	6,1	8,3	13,6	-5,3	32	3	11,1	2,2	-2,5	-11,4
+	±	3	7	1,1	4,6	2,3	3,6	-1,3	10	0	3,4	0	-0,2	- 3,6
-	-	5	5	1,8	3,3	2,3	3,9	-1,6	6	4	2,1	2,9	-1,8	- 1,0
-	±	1	4	0,4	2,7	1,2	2,0	-0,8	2	3	0,7	2,2	-1,3	+ 0,2
0	-	19	27	6,8	18,2	10,6	10,1	+0,5	28	18	9,7	12,8	-0,4	+ 2,7
0	0	17	6	6,1	4,1	5,4	8,0	-2,6	14	7	4,8	5,1	-3,2	- 2,9
0	±	7	12	2,5	8,0	4,3	4,3	0	17	2	5,9	1,5	+1,6	- 2,8
±	-	1	3	0,4	2,0	0,9	1,3	-0,4	4	1	1,4	0,7	+0,1	- 0,6
±	0	4	2	1,4	1,3	1,4	2,1	-0,7	4	2	1,4	1,5	-0,7	- 0,6
±	±	1	1	0,4	0,7	0,5	0,7	-0,2	2	0	0,7	0	0	- 0,7
Zeichen für Kontaktschwäche													-8,4	-20,7
-	+	63	10	22,7	6,8	17,4	9,8	+7,6	36	37	12,4	26,9	+2,6	+17,1
-	0	13	20	4,7	13,5	7,4	3,8	+3,6	13	20	4,5	14,5	+0,7	+10,7
Zeichen für inzestuöse Objektbindung													+3,3	+27,8
+	+	27	12	9,7	8,0	9,1	9,4	-0,3	39	1	13,4	0,7	+4,0	- 8,7
+	0	11	2	4,0	1,3	3,1	8,0	-4,9	12	1	4,1	0,7	-3,9	- 7,3
0	+	73	24	26,3	16,2	22,9	17,6	+5,3	59	38	20,3	27,5	+2,7	+ 9,9
±	+	7	4	2,5	2,7	2,6	1,8	+0,8	12	1	4,1	0,7	+2,3	- 1,1

TABELLE II c

Vektorielle Reaktionen

Sch-Vektor

k	p	Σ♂	Σ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	Norm ♂ + ♀	Abw. ♂ + ♀	Σ Pyl.	Σ Fund.	% Pyl.	% Fund.	Abw. Pyl.	Abw. Fund.
0	-	18	11	6,5	7,4	6,8	8,5	-1,7	21	8	7,2	5,8	-1,3	-2,7
+	-	23	4	8,3	2,7	6,3	4,4	+1,9	16	11	5,6	8,0	+1,2	+3,6
-	-	74	41	26,6	27,3	26,9	32,1	-5,2	82	33	28,3	24,2	-3,8	-7,9
-	0	23	13	8,3	8,7	8,5	7,7	+0,8	21	17	7,2	12,3	-0,5	+4,6
-	+	20	25	7,2	16,7	10,6	8,8	+1,8	33	12	11,4	8,7	+2,6	-0,1
-	±	31	16	11,2	10,7	11,0	8,1	+2,9	26	21	9,0	15,3	+0,9	+7,2
±	±	7	1	2,5	0,7	1,9	1,2	+0,7	8	0	2,8	0	+1,6	-1,2
±	0	6	4	2,2	2,6	2,4	3,3	-0,9	7	3	2,4	2,2	-0,9	-1,1
±	+	3	2	1,1	1,3	1,2	1,6	-0,4	2	3	0,7	2,2	-0,9	+0,6
±	-	22	5	7,9	3,3	6,3	4,0	+2,3	21	6	7,2	4,4	+3,2	+0,4
0	0	2	7	0,7	4,6	2,1	3,7	-1,6	7	2	2,4	1,5	-1,3	-2,2
+	+	4	1	1,4	0,6	1,1	3,7	-2,6	1	4	0,3	2,9	-3,4	-0,8
+	0	7	3	2,5	2,0	2,3	3,9	-1,6	8	2	2,8	1,5	-1,1	-2,4
0	+	14	12	5,0	8,0	6,1	5,3	+0,8	24	2	8,3	1,5	+3,0	-3,8
0	±	16	3	5,8	2,0	4,5	2,8	+1,7	6	13	2,1	9,3	-0,7	+6,5
+	±	8	0	2,9	0	1,9	0,9	+1,0	7	1	2,4	0,7	+1,5	-0,2

TABELLE IId

Vektorielle Reaktionen

P-Vektor

e	hy	Σ♂	Σ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	Norm ♂ + ♀	Abw. ♂ + ♀	Σ Pyl.	Σ Fund.	% Pyl.	% Fund.	Abw. Pyl.	Abw. Fund.
+	+	1	4	0,4	2,7	1,2	4,3	-3,1	4	1	1,4	0,7	- 2,9	- 3,6
0	+	4	1	1,4	0,7	1,2	3,4	-2,2	5	0	1,7	0	- 1,7	- 3,4
0	0	10	4	3,6	2,7	3,3	4,5	-1,2	10	4	3,4	2,9	- 1,1	- 1,6
-	+	3	4	1,1	2,7	1,6	4,2	-2,6	5	2	1,7	1,5	- 2,5	- 2,7
Zeichen für native Affektabfuhr													- 8,2	-11,3
-	0	2	7	0,7	4,6	2,1	5,0	-2,9	6	3	2,1	2,2	- 2,9	- 2,8
-	±	2	4	0,7	2,7	1,4	3,7	-2,3	13	0	4,5	0	+ 0,8	- 3,7
0	±	32	13	11,5	8,7	10,6	5,6	+5,0	43	2	14,9	1,5	+ 9,3	- 4,1
-	-	31	28	11,2	18,9	13,4	8,5	+4,9	49	10	16,9	7,2	+ 8,4	- 1,3
Zeichen für Affektanschwellung ohne adaequates psychomotorisches Ventil													+16,0	-11,9
±	-	24	10	8,6	6,8	8,0	5,8	+2,2	15	19	5,2	13,9	- 0,6	+ 8,1
Zeichen für Affektanschwellung mit Wiedergutmachungstendenz														
+	-	67	26	24,1	17,6	21,9	23,2	-1,3	42	51	14,5	37,0	- 8,1	+13,8
0	-	66	34	23,7	23,0	23,5	16,1	+7,4	71	31	24,5	22,4	+ 8,4	+ 6,3
+	0	12	6	4,3	4,1	4,1	5,8	-1,7	11	7	3,8	5,1	- 2,0	- 0,7
±	±	1	0	0,4	0	0,3	4,2	-3,9	1	0	0,3	0	- 3,9	- 4,2
±	+	0	2	0	1,3	0,4	1,1	-0,7	0	2	0	1,5	- 1,1	+ 0,4
±	σ	7	2	2,5	1,3	2,1	3,4	-1,3	5	4	1,7	2,9	- 1,7	- 0,5
+	±	15	3	5,4	2,0	4,3	4,3	0	10	2	3,4	1,5	- 0,9	- 2,8
Zeichen für Gewissensangst, für phobische Befürchtungen und sensitive Beziehungsangst ohne Affektstauung													- 9,9	+12,3

TABELLE III

Gruppen-Triebformeln

Pylorusnah

$$\frac{\dfrac{e^{0}_{151}}{d^{0(+)}_{140}}}{\dfrac{hy^{-}_{99} \cdot s^{+-}_{98} \cdot k^{-}_{96} \cdot p^{-}_{90}}{m^{+!!}_{76} \cdot h^{+!!}_{65}}}$$

Fundusnah

$$\frac{\dfrac{d^{0-}_{69}}{e^{+0}_{62} \cdot p^{-}_{58} \cdot h^{\underline{++}}_{58}}}{\dfrac{k^{-}_{37} \cdot m^{+}_{35}}{s^{+}_{27} \cdot hy^{-}_{22}}}$$

21-40-jähr. ♂ + ♀

$$\frac{\dfrac{e^{0}_{77} \cdot d^{0}_{76}}{k^{\underline{+0}}_{73} \cdot s^{-+0}_{65}}}{\dfrac{p^{-}_{53} \cdot hy^{-!}_{51}}{h^{+!}_{47} \cdot m^{+}_{40}}}$$

41-70-jähr. ♂ + ♀

$$\frac{\dfrac{d^{0}_{131} \cdot e^{0}_{130}}{p^{\underline{-+0}}_{95}}}{\dfrac{h^{+!}_{76} \cdot m^{+!}_{71} \cdot hy^{-!}_{70}}{s^{+!}_{60} \cdot k^{-}_{60}}}$$

21-40-jähr. ♂

$$\frac{\dfrac{e^{0}_{60}}{d^{0}_{54} \cdot k_{51}}}{\dfrac{s_{42} \cdot hy_{41} \cdot p_{40}}{h^{+!!}_{24} \cdot m^{+!}_{22}}}$$

41-67-jähr. ♂

$$\frac{\dfrac{e^{0}_{84}}{d^{0+-}_{75}}}{\dfrac{p^{\underline{-(+)}}_{60} \cdot h^{+}_{54}}{hy^{-}_{41} \cdot s^{+}_{40} \cdot k^{-}_{37} \cdot m^{+!}_{35}}}$$

21-40-jähr. ♀

$$\frac{\dfrac{h^{+0}_{23} \cdot s^{0+}_{23}}{k^{-0}_{22} \cdot d^{+0}_{22}}}{\dfrac{m^{-}_{18} \cdot e^{-+}_{17}}{p^{-+}_{13} \cdot hy^{-}_{10}}}$$

41-70-jähr. ♀

$$\frac{\dfrac{d^{0}_{56}}{e^{0(-)}_{46}}}{\dfrac{m^{+(0)}_{36} \cdot p^{-}_{35} \cdot hy^{-}_{29}}{k^{-}_{23} \cdot h^{+!}_{22} \cdot\cdot\, s^{+!!}_{20}}}$$

E. LITERATURANGABEN

(1) ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin (Übers.), Walter de Gruyter u. Co, Berlin 1951

(2) ALVAREZ: zitiert nach (11)

(3) von BERGMANN: Funktionelle Pathologie, 2. Auflg., Springer, Berlin 1936

(4) BLUMER, D.: Beitrag zur Psychologie der neurotischen Hypochondrie, Benno Schwabe, Basel 1957

(5) DAVIES-WILSON: zitiert nach (11)

(6) DREYFUS: zitiert nach (25)

(7) DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Vlg. f. Med. Psych., Göttingen 1954, S. 251

(8) EWALD, C. A.: zitiert nach (25)

(9) GARMA: Psych. Fakt. bei gastr. u. Duodenalulcera, Zeitschr. f. Psychosom. Med., Göttingen 1957/58, S. 57

(10) GLATZEL, H.: Ulkuspersönlichkeit und Ulkuserlebnis, Ergebn. d. Inn. Med. 65, 504 (1945)

(11) GLATZEL, H.: Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit, Zeitschr. f. Psychosom. Med., Gött. 1954

(12) HALSTEDT-WEINBERG: zitiert nach (11)

(13) HARTMANN: zitiert nach (11)

(14) HELWIG, P.: Die Trieblehre und das Testverfahren von L. Szondi, Psyche Bd. V Heft 1, Klett 1951, S. 68

(15) HOLLMANN: zitiert nach (11)

(16) KAPP, ROSENBAUM, ROMANO: zitiert nach (25)

(17) KELLNER, M.: Psychische Faktoren bei Diabetes mell. im Lichte des Szondi-Testes, Inaug. Diss. aus der Univ.-Polikl. München, München 1957

(18) KILIAN, H.: Triebstruktur und Tuberkulose, Inaug. Diss. aus der Univ.-Polikl. München, München 1953

(19) MOSCHCOWITZ: zitiert nach (11)

(20) MOSER, U.: Validierung, Blinddiagnosen und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test, Szondiana II, Huber, Bern 1955, S.36

(21) PETZ, G.: Triebstruktur bei Lungenkrankheiten, Szondiana I, Huber, Bern 1953, S.134

(22) POLJAK, L. und DAVID, HP.: Vergleichende Syndromanalyse bei 100 Epileptikern und 100 Homosexuellen, Szondiana II, Huber, Bern 1955, S.72

(23) SALZMANN (STUDER-) U.: Schicksalspsychologie und Glaukom, Szondiana II, Huber, Bern 1955, S.129 ff.

(24) SCHWIDDER, W.: Die Ulkuskrankheit, Psyche 4, 561 (1950, 51)

(25) SCHWIDDER, W.: Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen, Zeitschrf. f. Psychsom. Med., Göttingen 1954

(26) SOTO YARRITU, F.: Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen, Szondiana II, Huber, Bern 1955, S.65

(27) SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik, Huber, Bern 1947, Psychodiagnostische Tabellen II-V, X, XXII und XXIII

(28) SZONDI, L.: Lehrbuch der Experimentellen Triebdiagnostik, Bd.I u. III, Huber, Bern 1960; Bd.II, Huber, Bern 1947 Triebpathologie, Bd.I u. II, 1952

(29) SZONDI, L.: Lehrbuch der Experimentellen Triebdiagnostik, Bd.I, Huber, Bern 1960, S.356 f.

(30) SZONDI, L.: ebda, S.372 ff.

(31) von UEXKÜLL, Th.: Grundfragen der Psychosomatischen Medizin, Rowohlt, Hamburg 1963

LEBENSLAUF

Ich, Jürgen Riemer, wurde am 23. April 1941 in Hannover als Sohn des Provinzialobermedizinalrates Dr. med. Kurt Riemer geboren. Seit Ostern 1951 besuchte ich das Humanistische Ratsgymnasium in Hannover, das ich Ostern 1960 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Danach widmete ich mich an den Universitäten Göttingen, Wien und München dem Studium der Medizin. Das medizinische Staatsexamen bestand ich am 24.6.1966 an der Universität München.